

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX

I

LA TUBERCULOSE DU LARYNX DANS L'ENFANCE

Par le Dr A.-F. PLICQUE, ancien interne des Hôpitaux.

I

La tuberculose du larynx constitue dans l'enfance une affection rare. La plupart des traités classiques de pathologie infantile. (D'Espine et Picot, Descroizilles, Weil, Baginski, etc.), se contentent de la mentionner incidemment en quelques mots ou même la passent entièrement sous silence. Seuls Barthez et Sanné (1) lui consacrent un chapitre spécial. Ce chapitre, basé sur seize observations personnelles ou étrangères, est un des documents les plus importants qui existent sur la question. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

Les traités spéciaux, consacrés soit aux affections du larynx, soit à la phtisie laryngée, sont également très brefs relativement à la tuberculose du larynx dans l'enfance. Trousseau et Belloc (2) rapportent deux observations assez douteuses, l'une chez un garçon de 12 ans, l'autre chez une petite fille de 6 ans. Ils citent l'aphorisme de Joh. Franck et déclarent l'adopter : *Si infantes phtisi laryngæ venereæ affectos excipiam, fateri debeo omnes ægrotos pubertatis epocham superasse, plurimi inter 30 et 40 ætatis annum versabantur*. Morell Mackenzie n'en a observé personnellement que huit cas, quatre chez des enfants de 5 à 10 ans, quatre chez

(1) *Maladies des Enfants*, Paris, 1891, vol. III, p. 1046.

(2) TROUSSEAU et BELLOC. — *Traité de la phtisie laryngée*, 1837.

des enfants de 10 à 15 ans. Lublinski (1) se contente de rapporter deux observations, l'une de Morel Lavallée, chez un enfant de 12 ans, l'autre de Lennox-Browne, chez un enfant de 5 ans. L'enfant le plus jeune qu'il ait lui-même observé avait 5 ans. Moritz Schmidt a observé un cas chez une fillette de 11 ans, mais il déclare qu'en dix ans aucun fait de tuberculose laryngée n'a été observé à l'hôpital d'enfants de Francfort. Gouguenheim et Tissier (2) enfin, en décrivant la forme si intéressante de tuberculose laryngée pseudopolypeuse font remarquer qu'elle se développe de préférence chez les jeunes sujets quelquefois comme manifestation primitive initiale de la tuberculose, le plus souvent comme manifestation secondaire chez des sujets suspects à tare héréditaire, anciens scrofuleux ou lymphatiques. Mais si cette forme de tuberculose est un peu plus précoce que les formes ordinaires, elle appartient néanmoins elle aussi, bien plus à l'adolescence qu'à l'enfance proprement dite.

Le nombre des observations publiées soit dans les traités classiques, soit isolément, est donc très peu considérable. Rheindorff, dans un mémoire récent sur la tuberculose du larynx chez l'enfant, n'a pu, après des recherches bibliographiques très complètes, en recueillir que 20. Encore beaucoup ne consistent-elles qu'en quelques lignes, sont-elles une simple mention plutôt qu'une observation proprement dite. De plus, dans la plupart de ces observations, les enfants étaient sortis de la première enfance. Rheindorff a pu cependant réunir trois observations de Heinze chez des enfants de 11, 12 et 15 mois, une observation de Demme chez un enfant de 2 ans $1/2$, une observation de Lublinski chez un enfant de 31 mois. Il a lui-même rapporté un fait intéressant, parce qu'il est un des rares faits vraiment détaillés que nous possédions et par l'âge. L'enfant avait six mois au moment du début (3).

II

Si, au lieu de s'adresser aux observations cliniques pour

(1) LUBLINSKI. — *Deutsche medicin. Zeitung*, n° 53-53, 1887.

(2) GUGUENHEIM et TISSIER. — *Phtisie laryngée*, Paris, 1889, p. 207.

(3) *Jahrbuch für. Kinderheilkunde*, 1891, vol. XXXIII, p. 71.

rechercher la fréquence de la tuberculose du larynx chez l'enfant, on s'adresse aux observations anatomopathologiques, les résultats montrent que cette tuberculose est plus rare que chez l'adulte, que cette rareté est pourtant un peu moindre qu'on l'aurait supposé. On ne peut tenir compte bien entendu que des statistiques complètes, celles où le larynx a été toujours examiné de parti pris, quels qu'aient été les accidents pendant la vie.

Parmi ces statistiques, une des plus importantes, sinon des plus étendues, est celle qui a été publiée par Leroux, en 1888, d'après les observations inédites de Parrot. Sur 219 observations de tuberculose prises en général, on trouve 19 cas d'ulcérations du larynx, ulcérations dont la nature tuberculeuse est rendue infiniment vraisemblable par la présence d'autres lésions tuberculeuses, soit pulmonaires, soit généralisées. Sur les 50 observations choisies dans ces 219, et que Leroux publie, on trouve 6 cas de tuberculose laryngée. Ces chiffres sont d'autant plus intéressants qu'ils se rapportent à des enfants âgés de moins de 2 ans.

Frœbelius (1) observant dans un milieu analogue, à l'asile des enfants abandonnés de Saint-Petersbourg, a, sur 416 autopsies de jeunes enfants tuberculeux, trouvé 10 cas d'ulcérations du larynx, soit 2,4 0/0.

Ces chiffres sont assurément bien faibles. Sur 1,226 autopsies de phtisiques faites en dix ans à l'Institut anatomopathologique de Leipzig, Heinze a trouvé le larynx atteint dans 376 cas (30,6 0/0). De ces 376 cas, trois seulement se rapportaient à des enfants de 11, 12 et 16 mois. La proportion qu'il donne suivant l'âge est extrêmement remarquable. Avant un an, il a trouvé des altérations du larynx une fois sur 13 autopsies (7,6 0/0). De 1 an à 10 ans, il les a rencontrées quatre fois sur 39 autopsies (10,2 0/0). De 11 à 20 ans, il les a rencontrées vingt-trois fois sur 92 autopsies. La proportion est déjà de 25 0/0 et rapproche du chiffre général 30,6 0/0.

En résumé, donc et sans insister sur ces statistiques forcément arides, la tuberculose du larynx paraît d'autant plus rare que les enfants sont plus jeunes. Toutefois cette rareté

(1) *Jahrbuch für. Kinderheilkunde*, 1886, vol. XXIV.

n'est que relative. La fréquence des observations anatomo-pathologiques paraît à première vue en contradiction avec l'extrême rareté des observations cliniques.

III

La contradiction entre l'anatomie pathologique et la clinique est plus apparente que réelle. Si les lésions laryngées ne sont pas très rares chez l'enfant, il est exceptionnel qu'elles aient cliniquement une grande importance. Elles ne sont le plus souvent qu'un épiphénomène au milieu d'une tuberculose généralisée, un accident de plus passant inaperçu au cours d'accidents déjà nombreux.

Ce qui frappe en effet dans toutes les autopsies de tuberculose infantile, c'est l'extrême dissémination des lésions. La petite malade de Rheindorff présentait des tubercules des poumons, de la rate, des reins, de l'intestin, du foie, des ganglions du cerveau en même temps que du larynx. « C'est toujours à une période avancée d'une phthisie tuberculeuse confirmée que les symptômes laryngés se montrent, écrivent Barthez et Sanné ; chez l'adulte, les lésions laryngées chroniques sont quelquefois la seule ou presque la seule manifestation de l'affection tuberculeuse ; chez l'enfant, il n'en va plus de même. » Rien d'étonnant donc que les lésions laryngées secondaires survenant au cours d'accidents déjà graves à la période ultime de l'affection passent inaperçues ou éveillent du moins très peu l'attention des cliniciens.

L'examen laryngoscopique qui seul permettrait un diagnostic complet, est d'ailleurs dans ces conditions à peu près impossible. Cet examen est toujours difficile chez l'enfant. Il l'est d'autant plus que l'enfant est plus jeune, plus fatigué, plus abattu. Bien souvent il n'est pas même essayé, ou s'il est essayé comme il le fut chez la petite malade de Rheindorff, il ne donne que peu de résultats. Il ne faudrait pourtant pas s'exagérer ces difficultés ; l'emploi du laryngoscope qui a déjà gagné tant de terrain en clinique infantile pourra seule obscurcir l'histoire encore si obscure de la tuberculose laryngée.

IV

Malgré la rareté des observations, est-il possible d'essayer de résumer la symptomatologie clinique, le diagnostic, le pronostic et le traitement de la tuberculose laryngée de l'enfant? En dehors des symptômes généraux de la tuberculose, deux symptômes seulement, l'altération de la voix et la douleur laryngée sont signalés par Barthez comme ayant quelque importance.

L'altération de la voix est le symptôme le plus caractérisé. Cette altération est très peu marquée au début. Elle se borne à de l'enrouement, à quelque chose de voilé dans le timbre. Il est fort rare que la voix s'éteigne complètement. Barthez et Sanné n'ont vu cette extinction complète qu'une seule fois, trois jours avant la mort. L'enrouement est lui-même un symptôme assez tardif. Il débute presque toujours dans les dernières semaines de la maladie. Une seule fois dans les observations de Barthez et Sanné, la voix est devenue voilée cinquante-huit jours avant la mort, soixante-douze après le début de l'affection. Dans toutes les autres, c'est une vingtaine de jours seulement avant la mort qu'on a commencé à s'apercevoir de l'enrouement.

La douleur, d'après Barthez serait trois fois plus rare que l'enrouement. Alors même que les enfants sont en âge d'exprimer leurs sensations, qu'ils sont minutieusement observés, il est fréquent de voir des ulcérations étendues du larynx rester absolument indolentes. Jamais non plus, Barthez et Sanné n'ont observé chez l'enfant ces dysphagies si pénibles de l'adulte. Jamais ils n'ont vu soit en ville, soit à l'hôpital, le retour des aliments par le nez, la toux fatigante douloureuse au moment où s'effectue la déglutition.

La toux n'offre aucun caractère spécial. Elle peut être rauque, très fréquente, très pénible. C'est seulement quand d'autres lésions ganglionnaires ou pulmonaires n'expliquent pas la toux, que sa coïncidence avec l'enrouement peut avoir une valeur diagnostique.

Un autre fait singulier est l'absence d'accès de dyspnée.

Ce fait est d'autant plus remarquable que l'on sait avec quelle facilité l'œdème de la glotte, le spasme de la glotte viennent compliquer les autres affections du larynx chez l'enfant et provoquer la suffocation. Barthez et Sanné ne rapportent que deux faits, où l'on ait observé des accidents de suffocation prononcés. Ces faits sont tous deux étrangers à leur observation personnelle. Dans le premier, la tuberculose s'était compliquée d'œdème de la glotte. Dans le second, quelques fragments de tubercule étaient tombés dans les bronches. Les cas où la trachéotomie si fréquemment pratiquée dans l'enfance a été faite pour une tuberculose laryngée paraissent absolument exceptionnels.

On voit donc combien les troubles fonctionnels restent d'ordinaire vagues et peu marqués. L'examen direct de la gorge est d'ordinaire négatif. Les ulcérations tuberculeuses de la bouche et du pharynx sont rarissimes dans l'enfance. Mais, en déprimant profondément la langue, on réussirait assez fréquemment à apercevoir la face supérieure de l'épiglotte (Rheindorff).

L'examen laryngoscopique est difficile chez le jeune enfant. Rauchfuss aurait pu, cependant, le pratiquer avec succès chez un enfant de six mois. Ces difficultés tiennent surtout à l'irritation extrême du pharynx chez beaucoup d'enfants tuberculeux, à la salivation d'autant plus abondante que l'enfant est plus jeune; enfin à la configuration spéciale de l'épiglotte, sur laquelle insiste Rheindorff. L'épiglotte, en effet, chez les tous jeunes enfants, est comme enroulée sur elle-même, surplombant et masquant l'orifice laryngée. Chez les enfants de 7 à 8 ans, les difficultés locales sont moins graves, mais leur résistance énergique rend parfois tout examen impossible. Cette résistance peut être telle qu'il y aurait danger à essayer d'en triompher. On hésitera toujours à employer le chloroforme pour un simple examen. Son emploi n'a pas toujours permis à Rauchfuss d'avoir une vision beaucoup plus distincte que celle qu'il obtenait sans anesthésie.

Quoi qu'il en soit de ces difficultés, les symptômes fournis par l'examen laryngoscopique seraient, d'après Barthez,

les suivants : La muqueuse est rouge, injectée, striée de vésicules saillantes ou parsemée de taches rouges ; les cordes vocales peuvent être couvertes de muco-pus, gonflées, érodées. Les muscles du larynx, dans les cas graves, fonctionnent paresseusement du fait de ces altérations plutôt que par paralysies. A ces symptômes bien vagues il ajoute le fond, souvent blanchâtre, la forme arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce des ulcérations.

Si vagues, si mal définis que soient ces divers symptômes, il est rare, par suite du terrain, des autres lésions tuberculeuses que le diagnostic hésite beaucoup. Les ulcérations laryngées peuvent sans doute s'observer après la rougeole, la variole, la fièvre typhoïde ; l'étude des commémoratifs et du terrain trancherait à défaut de caractères suffisants fournis par le laryngoscope, en pareil cas, la question. C'est surtout avec les lésions laryngées de la syphilis héréditaire que le diagnostic peut être hésitant. L'embarras sera dans quelques cas d'autant plus grand que l'on voit parfois coexister la syphilis et la tuberculose. Ce fut le cas dans l'observation de Rheindorff. A un mois et demi, l'enfant avait présenté des accidents de pseudoparalysie brachiale guéris par le traitement spécifique. Aussi quand à six mois apparurent la toux, l'enrouement, l'amaigrissement, songea-t-on tout d'abord à la syphilis. Mais cette fois le traitement spécifique n'amena pas le moindre soulagement. A l'autopsie, en même temps que les nombreuses lésions tuberculeuses déjà signalées plus haut, on trouva d'ailleurs des lésions costales que l'examen démontra d'une façon certaine être nettement syphilitiques. La conduite de Rheindorff devrait être imitée, bien entendu, et le traitement spécifique d'épreuve institué, pour peu qu'on puisse avoir le moindre soupçon d'une affection syphilitique.

Le pronostic est des plus graves, moins d'ailleurs par le fait des lésions laryngées que par le fait des autres lésions tuberculeuses. Les lésions laryngées ne déterminent par elles-mêmes que des troubles fonctionnels peu marqués et beaucoup moins pénibles que chez l'adulte. Ce n'est guère que dans le cas, assez exceptionnel, où elles se compliquent

d'œdème de la glotte et d'accidents dyspnéiques qu'elles peuvent contribuer à hâter la mort. Mais si la tuberculose laryngée de l'enfant est, par elle-même, peu dangereuse, son apparition n'en constitue pas moins un signe pronostique des plus sérieux indiquant en général, à bref délai, une terminaison fatale.

Le traitement, on le comprend, se réduira presque toujours à peu de chose. C'est sans beaucoup de conviction que Barthez et Sanné indiquent comme principaux moyens thérapeutiques le curettage ou les cautérisations à galvanocautère dans la forme végétante, les badigeonnages avec la solution d'acide lactique à 50 0/0 et les insufflations d'iodoforme porphyrisé dans la forme ulcérée. Ils remarquent qu'à l'époque où se produisent les lésions laryngées la faiblesse est toujours trop avancée pour qu'on essaye une médication qui fatigue inutilement le malade. On se contentera donc le plus souvent de quelques attouchements à la cocaïne dans le cas de douleurs. Les pulvérisations d'eaux sulfureuses et en particulier d'eaux de Challes diminueraient l'enrouement. Il est bien rare que les accidents dyspnéiques soient tels et de telle nature qu'ils nécessitent la trachéotomie.

V

Les lésions anatomopathologiques revêtent deux formes principales : la forme ulcéreuse, la plus fréquente ; la forme végétante, la plus rare. Les ulcérations existent assez souvent à la fois dans le larynx et la trachée (un tiers des cas de Barthez). Elles sont ordinairement multiples, peu profondes ; sur les cordes vocales elles ont souvent la forme d'un coup d'ongle ou d'une fissure. Elles sont souvent entourées de nodules tuberculeux. La forme végétante, qui semble plus spéciale aux enfants déjà âgés, amène souvent un rétrécissement notable du calibre du larynx.

Relativement à la pathogénie, un certain nombre d'explications ont été proposées pour expliquer la rareté relative de la tuberculose du larynx dans l'enfance. Rheindorff fait

remarquer tout d'abord que les causes d'irritation du larynx sont d'autant plus rares que les enfants sont plus jeunes. Or, ces causes d'irritation jouent, en dehors de l'infection, un rôle évident. C'est par elles que, dans l'âge adulte, on a expliqué la fréquence plus grande de la tuberculose laryngée chez les hommes qu'chez les femmes.

L'évolution très rapide de la tuberculose chez l'enfant constitue une explication plus importante. La forme généralisée, la granulie, est chez lui de beaucoup la plus fréquente. Elle tue le plus souvent avant la production d'ulcérations laryngées.

Bollinger (1) enfin a rapproché de la rareté des ulcérations laryngées la rareté des cavernes pulmonaires chez l'enfant. On ne trouve pas chez lui de ces cavernes pleines de crachats purulents et sources permanentes des auto-infections. Il fait, en revanche, remarquer que le fait que les enfants tuberculeux ne crachent pas ne peut être invoqué pour expliquer la rareté des infections du larynx. Si les enfants ne crachent pas, ils n'en expulsent pas moins leurs produits tuberculeux à travers les bronches et le larynx. Ces produits sont ensuite déglutis sans être rejetés par la bouche. Mais les chances d'infection restent chez eux les mêmes que chez l'adulte. L'enfant a moins souvent des crachats virulents puisque les lésions pulmonaires ont presque toujours chez lui la forme granulique. Mais quand ils existent, ces crachats jouent chez lui le rôle ordinaire d'auto-inoculation.

VI

Il n'est pas sans intérêt de comparer à la tuberculose du larynx le lupus du larynx chez l'enfant. Nous serons très brefs dans cette partie de notre étude, dont la plupart des éléments se trouvent dans l'excellente thèse de notre collègue M. Marty.

Le lupus du larynx est surtout une affection de l'adoles-

(1) *Munchener mediz. Wochenschrift*, n° 33, 1890.

(2) *Le lupus du larynx*, Paris, 1888.

cence. Il est, chez les jeunes enfants, plus rare encore que la tuberculose. Sur cinq cas de lupus primitif du larynx réunis par Marty, un cas toutefois, emprunté à Ziemssen, avait débuté à l'âge de dix ans. L'évolution avait été lente. A douze ans, on trouvait une ulcération échancrant fortement le côté gauche de l'épiglotte et entourée de nombreuses granulations tuberculeuses qui s'étendaient sur le ligament aryéno-épiglottique et sur le côté gauche de la glotte. Toute idée de syphilis devait être écartée. Des résultats très satisfaisants furent obtenus par l'emploi de l'iode de potassium, de l'huile de foie de morue et par des cautérisations énergiques faites au nitrate d'argent.

Les observations de lupus secondaire du larynx sont assez fréquentes chez les enfants déjà âgés. Sur cinquante-trois observations réunies par Marty et où l'âge se trouve indiqué, dix-sept ont trait à des enfants de moins de quatorze ans. Le plus jeune des enfants (Obs. de Grossmann, trad. par M^{lle} Wilbouchewitch, in *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, t. XIII, p. 327, 1887.) observé était âgé de sept ans. L'évolution fut chez lui des plus remarquables. Peu de temps après avoir été atteint d'une adénite cervicale gauche suppurée, il offrit sur les bords de la plaie des nodules d'un rouge sombre. Au bout de deux mois, sa voix s'enroua. L'examen laryngoscopique montra le larynx simplement hyperhémie; les cordes vocales jouissant d'une mobilité presque normale. Cinq à huit semaines plus tard, la muqueuse, complètement altérée, présentait l'aspect de la conjonctivite granuleuse (trachome). Peu de jours après, le voile du palais, la muqueuse de la voûte palatine étaient envahis, le bord libre de l'épiglotte épaissi; enfin, les granulations devinrent confluentes, des ulcérations se formèrent en divers points pour se cicatriser sans traitement, tandis qu'il s'en formait d'autres à côté. Un an après, l'enfant fut pris d'accès de suffocation causés par une tumeur implantée sur la paroi postérieure du larynx, et qui en envahissait les deux tiers. Elle aussi rétrograda spontanément.

Le diagnostic du lupus et de la tuberculose du larynx chez l'enfant est ordinairement rendu facile par l'extrême

différence de l'état général chez le lupique et le tuberculeux. Le diagnostic avec la syphilis héréditaire peut, au contraire, présenter des difficultés qui ne sont résolues que par le traitement spécifique d'épreuve. C'est ainsi que chez une fillette de dix ans, Rauchfuss trouvant la voûte palatine détruite en partie et en partie couverte de cicatrices, l'épiglotte transformée en un moignon volumineux granuleux, les replis aryéno-épiglottiques couverts de grosses tumeurs verruqueuses qui avaient amené, en se prolongeant dans la cavité laryngée, un rétrécissement très notable, pensa tout d'abord au lupus. L'amélioration produite par la décoction de Zittmann fut telle que Rauchfuss croit tout au moins devoir admettre que les lésions étaient mixtes, forme hybride de lupus et de syphilis héréditaire.

Dans le traitement local du lupus de l'enfant, les moyens les plus employés ont été les cautérisations au galvanocautère, à la teinture d'iode, au nitrate d'argent. Grossmann recommande les cautérisations à l'acide lactique à 50 ou 80 0/0, après anesthésie par la cocaïne. Turck, dans un cas, a vu le traitement interne par l'huile de foie de morue à hautes doses suffire pour amener une guérison presque complète. Le traitement général s'impose toujours, bien entendu, à côté du traitement local.

II

LA RESPIRATION BUCCO-NASALE EST-ELLE POSSIBLE ?

Par le Dr **L. COUETOUX** (de Nantes).

Le travail publié tout récemment dans cette Revue sur la respiration pendant l'exercice a reçu un accueil favorable des médecins adonnés à l'étude des exercices physiques, si fort en honneur à l'époque présente.

Les circonstances indiquées, bien plus que le talent de

l'auteur, expliquent cet intérêt. Ceci est démontré par les observations critiques que m'a values la négation de la respiration simultanée par le nez et la bouche. C'est ainsi que le Dr Tissié, dans l'intéressante *Revue des jeux scolaires*, qu'il dirige à Bordeaux, peu convaincu par mes arguments, pose la question suivante : Peut-on respirer par la bouche et le nez ?

Il m'a semblé que ce problème, qui pour la pathologie nasale ne présente qu'un intérêt indirect, devait être traité par des rhinologistes avec quelque compétence, et que nous devions faire profiter l'hygiène de nos études spéciales : *Sic vos, non vobis*.

J'ai donc pratiqué le doute méthodique vis-à-vis des expériences du Dr Smester, que j'avais admises, parce que personne ne leur avait opposé d'expériences méthodiques contradictoires. On sait que le premier il souleva la question et l'étudia au point de vue des inhalations d'oxygène. Je ne veux pas décrire ici ses expériences faites au moyen de flacons remplis d'eau dans lesquels plongeait des tubes venant du nez et de la bouche, ou bien au moyen de gazomètres. Ce qu'il est important de rappeler, c'est que dans ses très intéressantes expériences le principe fut d'introduire dans le nez et dans la bouche, un appareil plus ou moins volumineux. Ainsi il arriva à la conclusion suivante : L'inspiration simultanée par le nez et la bouche est physiologiquement et anatomiquement impossible; de même l'expiration. Les conclusions de Smester se trouvèrent conformes à celles du Dr Raphaël Dubois, préparateur de P. Bert au Collège de France.

Malheureusement ces expériences ont été bien plutôt découragées qu'étudiées par le rapporteur près l'Académie de médecine, M Woillez, qui, en niant les conclusions, ne proposa que des modifications expérimentales peu importantes, auxquelles se soumit Smester. Ces modifications, présentées dans son mémoire de 1884, donnèrent les mêmes résultats.

Lorsque M. Gouillot présenta son ouvrage sur les sourds-muets, j'eus à étudier la respiration phonétique des voyelles nasales, et il me fallut instituer quelques expériences pour

prouver la possibilité de la respiration naso-buccale pendant la prononciation de ces voyelles.

A la suite de la question posée par M. Tissié, j'ai repris et modifié mes expériences. Il est possible qu'en introduisant dans la bouche des instruments plus ou moins volumineux on ne puisse respirer à la fois par le nez et la bouche, mais ce n'est pas là l'état de la respiration normale.

Renouvelons donc tous ces essais en nous servant simplement de deux tubes de 15 centimètres de long, ayant chacun 6 millimètres de diamètre intérieur. Je place l'un dans la bouche et le pince avec les lèvres; je ferme l'une des narines et place le second tube dans l'autre narine.

Si maintenant je dirige ces deux tubes vers deux bougies placées l'une devant l'orifice terminal du premier, l'autre vis-à-vis l'orifice du second, et prononce une syllabe nasale, les deux flammes s'inclinent. Si je continue de respirer ainsi tranquillement et sans faire aucun bruit, les deux flammes s'inclinent encore.

Si je supprime le tube introduit dans la bouche et me place devant une des bougies, tandis que l'autre tube, placé comme précédemment, est dirigé vers l'autre bougie, les deux flammes s'inclinent. De même, pendant l'inspiration, dans les deux cas, les deux flammes sont attirées.

Ainsi la respiration naso-buccale est normale, quand la bouche est ouverte, que l'on respire tranquillement et que les narines sont libres. De même dans la respiration, dite haletante.

Ce qui reste, à mon avis, des expériences de Smester, c'est que dans l'expiration très forte et non haletante — car celle-ci est courte, fréquente plutôt que forte — le voile est plus ou moins projeté en haut. De même il faut admettre avec Smester que les organes dans un même mode respiratoire conservent leur même position à l'inspiration et à l'expiration. Enfin les conclusions de Smester conservent toute leur valeur pour les cas où une opération exige la présence dans la bouche d'instruments un peu volumineux, tubes, ouvre-bouche, etc., et c'est en vue de ces opérations qu'elles ont été faites.

Si l'on me reproche des conclusions absolument opposées à 15 jours d'intervalle, je répondrai que les conclusions varient avec les expériences, et qu'il fallait avant moi opposer aux expériences de Smester des méthodes contradictoires, ce qu'on a omis de faire.

D'ailleurs, au point de vue pratique, la respiration nasobuccale, on le voit, se confond ordinairement avec la respiration buccale et doit être rejetée comme cette dernière dans la pratique des exercices physiques. Je ne vois rien à modifier, à part le point indiqué, à mes précédentes conclusions.

III

SPÉCULUM DILATATEUR DES CORDES VOCALES ET ÉLEVATEUR DE L'ÉPIGLOTTE POUR LES OPÉRATIONS ENDOLARYNGIENNES ET SOUS- GLOTTIQUES

Par le Dr **IGNACE DIONISIO**, directeur de la Section pour les maladies de la gorge et du nez à la Policlinique de Turin.

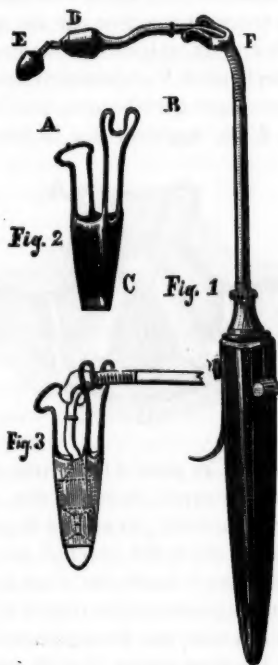
Le médecin qui doit pratiquer une opération dans l'intérieur du larynx, ou dans la région sous-glottique, rencontre souvent une grande difficulté à manœuvrer, avec la précision voulue, en raison du contact des instruments, et par suite de l'abaissement de l'épiglotte.

On parvient, il est vrai, souvent à vaincre cet obstacle, soit en habituant peu à peu les malades à l'introduction des instruments, soit en émoussant la sensibilité de la muqueuse par la cocaïne, et mieux encore par la dextérité de main de l'opérateur; mais il en est pas moins vrai qu'il n'y a des cas, surtout chez les enfants et les malades nerveux, qui déjouent tous les moyens qu'on a pu employer.

Afin d'accélérer l'exécution des opérations chez les malades, qui tolèrent sans grande réaction les instruments, et de faciliter l'intervention dans les cas d'intolérance, j'ai fait

construire un *spéculum* du larynx, pouvant s'introduire par la bouche, et destiné à écarter les cordes vocales, en soulevant en même temps l'épiglotte.

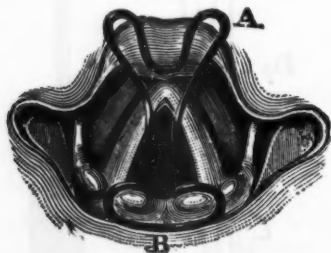
Le spéculum est formé par un cylindre métallique oviforme (ovalaire) et conique (fig. 2 C) de différentes grosseurs, pour être adapté aux diverses dimensions du larynx, et long d'en-



viron 2 centimètres; sur le bord supérieur le plus large, sont insérées solidement quatre petites tiges en acier, deux antérieurement et plus rapprochées (fig. 2 A), deux postérieurement plus éloignées l'une de l'autre (fig. 2 A); les tiges s'allongent en montant parallèlement de 20 millimètres; ensuite les deux tiges antérieures montent encore en divergeant

de 26 millimètres, se replie d'abord en bas et en dedans, pour se réunir en forme de V (fig. 2 B); les deux tiges postérieures se replient horizontalement en arrière et presque immédiatement en dedans avant de se souder.

Lorsque mon spéculum est introduit dans la cavité du larynx, le bord supérieur du tube G (fig. 2) plonge dans la trachée, à 2 centimètres au-dessous des cordes vocales, et ces dernières se trouvent écartées par les quatre tiges métalliques, dont les deux antérieures, montant verticalement B (fig. 2) et se repliant en V, repoussent en avant l'épiglotte (fig. 4 A); les deux tiges postérieures, par leur partie repliée en arrière (fig. 2 B), appuient sur le bord postérieur de



l'ouverture du larynx, au point de réflexion de la muqueuse de l'œsophage dans la cavité du larynx (fig. 4 A-B.)

Pour introduire l'appareil, j'ai adopté à peu près le même instrument que celui qui a été inventé par O'Dwyer, pour l'introduction des tubes à intubation, c'est-à-dire un manche (fig. 1), portant une tige métallique repliée F (fig. 1), à angle droit, terminée à son tour, par deux pièces D et E articulées l'une sur l'autre, les deux pièces D et E pénétrant dans le cylindre C (fig. 2), y adhèrent par le simple contact de la pièce D (fig. 1), avec les parois du tube C (fig. 2); la pièce E débordé en partie de l'ouverture du cylindre C (fig. 2), comme on le voit dans la figure 3. Un mécanisme de l'appareil de O'Dwyer sert à détacher, avec la plus grande facilité, le cylindre C (fig. 2) de l'instrument introducteur.

L'application du spéculum, précédée de l'anesthésie lo-

cale par la cocaïne, est facile, comme je l'ai démontré à la séance de l'Académie de Médecine de Turin, le 11 décembre dernier, car on y parvient ordinairement dès les premiers essais; par sa présence le malade, en dehors de toute douleur, n'éprouve que la sensation d'un corps étranger; la phonation et la déglutition sont abolies; les cordes vocales vraies se contractent énergiquement et restent écartées, et l'épiglotte rabattu en avant. La déglutition ne pouvant avoir lieu, la salive, qui coulant dans le pharynx, s'accumule dans les sinus pyriformes, au bout de 3, 4 ou 5 minutes se déverse dans l'intérieur du larynx et de la trachée, produisant des accès de toux très gênants. Quoique cet inconvénient ne soit pas de nature à entraver des opérations qui s'accomplissent en l'espace de quelques minutes, il convient cependant de le prévenir, soit par l'extraction de la salive, avec des pinces garnies de ouate; soit par une injection d'atropine qui en empêche la sécrétion.

J'ai déjà appliqué mon spéculum dans quelques cas, et je dois déclarer qu'il a toujours répondu à mon attente. Je rappellerai, entre autres, un papillome d'une corde vocale, et un papillome sous-glottique. Dans le premier cas il s'agissait d'une malade qui n'avait jamais été habituée aux examens laryngoscopiques, elle fut débarrassée de sa tumeur, en deux séances, chez le deuxième malade, accoutumé au laryngoscope, j'ai pu assez facilement cautériser la tumeur sous-glottique par la galvanocaustique.

Je pense que, si l'on veut profiter de cette méthode de dilatation mécanique de la glotte, pour les opérations pratiquées dans l'intérieur du larynx et de la trachée, il faudra autant que possible se servir soit du cautère, soit de l'anso galvanique, afin d'éviter la pénétration du sang dans la trachée ou dans les bronches.

Je ne pense pas que mon spéculum ait atteint tout son perfectionnement, je suis même déjà avisé à des améliorations qui en rendent l'introduction plus facile, et dont je me réserve de rendre compte après une plus longue expérience.

BIBLIOGRAPHIE

Le sinus sphénoïdal comme voie d'infection intra-cranienne et orbitaire, par le Dr H. KAPLAN. (*Thèse de doctorat. Paris, décembre 1891.*)

Le rôle des fosses nasales et de leurs sinus, comme voie d'infection intra-cranienne, est peu connu en France; on a étudié seulement la migration des agents pathogènes, hôtes habituels du nez (Netter), à travers la lame criblée de l'éthmoïde, ou par une perforation de la paroi postérieure des sinus frontaux. Mais ces chemins ne sont pas les seuls par lesquels ils peuvent gagner le cerveau. Les sinus sphénoïdaux sont, plus souvent qu'on ne le croit, capables de produire des accidents cérébraux : ce sont là des faits que les travaux de Weichselbaum, de Berger, de Schæffer (de Brème), n'ont pas encore suffisamment vulgarisés.

Or, il existe des observations donnant une démonstration réelle d'empyèmes sphénoïdaux ayant amené à leur suite de la méningo-encéphalite ou de la thrombose des sinus caverneux ou encore des phlegmons de l'orbite. La nécrose de la paroi supérieure des sinus n'est pas nécessaire à ces propagations; elles peuvent se faire par voies sanguines ou lymphatiques; elles sont surtout facilitées par des débris osseux (absence de tissu osseux) dont Zuckerkandl a démontré l'existence, relativement peu rare, dans la paroi supérieure des sinus sphénoïdaux, établissant ainsi une communication immédiate entre les fosses nasales et la cavité crânienne.

Il importe de savoir faire un diagnostic précoce des suppurations sphénoïdales pour prévenir les complications cérébrales qu'elles peuvent entraîner. Une céphalalgie violente, surtout localisée à la partie moyenne de la tête, de la raideur de la nuque; puis, objectivement, un écoulement de pus fétide se faisant le long du naso-pharynx, surtout quand le malade penche la tête en bas, la présence de croûtes purulentes sur la queue du cornet supérieur, l'existence d'un bourrelet muqueux allant du côté malade jusqu'à la fossette de Rosenmüller, et, par dessus tout, le cathétérisme du sinus sphénoïdal suivant les règles tracées par Schæffer, tels sont les signes utilisés par le dia-

gnostic. Plus tard, l'envahissement des méninges se traduira par ces signes objectifs : une amaurose unilatérale, des paralysies oculo-motrices, l'exophtalmie ou tout au moins une tuméfaction érysipélateuse des paupières et de la racine du nez indiqueront la thrombose consécutive du sinus caverneux.

Le traitement consiste à trépaner, cureter et panser les sinus sphénoïdaux suivant la méthode qui a donné d'excellents résultats entre les mains de Schæffer.

M. L.

PRESSE ÉTRANGÈRE

Replis de la muqueuse dans la caisse du tympan à l'état normal ; leur importance clinique, par le Dr CLARENCE BLAKE, de Boston. (*Arch. of Otology*, n° 4, 1890.)

L'auteur a repris l'étude des bandelettes, brides et replis que l'on trouve dans l'oreille normale et accepte la classification de ces brides, au point de vue de leur siège, en trois groupes. Le premier comprend les brides horizontales sur lesquelles tous les auteurs ont insisté comme gênant beaucoup le drainage de la cavité de l'attique. Le second est celui des replis verticaux ou irréguliers qui sont situés autour de l'étrier et de la fenêtre ronde et qui gênent si facilement leur jeu normal. Enfin le troisième comprend les replis et les stries que l'on trouve au voisinage de l'antre mastoïdien. Les deux premiers, dont il décrit en détail deux exemples, sont très communs et se rencontrent dans 70 0/0 des oreilles moyennes humaines.

En dehors de la gêne que les replis de la première catégorie apportent à l'écoulement du pus, il faut noter aussi qu'étant composés de deux feuillets muqueux adossés ils sont très vasculaires : c'est ce qui explique la facile congestion de l'attique et l'abondance des écoulements qui y prennent naissance. Au contraire, les stries et les replis de la troisième catégorie ont un rôle utile en fermant l'antre mastoïdien dès que la muqueuse de la caisse se gonfle, s'irrite et suppure.

Les plus importants sont ceux de la deuxième catégorie, et il ne faut pas perdre de vue la résistance qu'ils peuvent offrir

dans l'opération de Kessel. De plus, l'auteur se demande si l'ablation du tympan, du marteau et de l'enclume pour mobiliser l'étrier est une opération justifiée, puisque les replis muqueux qui environnent l'étrier suffisent à immobiliser cet osselet. D'après lui, lorsque la chose est possible, il vaudrait mieux, après avoir fait une ouverture assez large au tympan, sectionner l'articulation incudo-stapédale et détruire les brides au niveau des fenêtres ovale et ronde.

Le même numéro contient un assez long mémoire de M. W. BRYANT sur la *Topographie de la caisse du tympan chez l'homme à l'état normal*; c'est un travail fait sous l'inspiration du Dr C. Blake et qui confirme ses idées. Il est accompagné d'une belle planche en couleur représentant des brides dans 15 cas sur des oreilles normales.

M. LS.

Examen anatomique de l'oreille gauche chez un homme mort de méningite, par le prof. STEINBRUGGE, de Giessen. (*Arch. of Otology*, n° 4, 1890.)

Steinbrügge rapporte l'histoire d'un homme qui succomba à une deuxième atteinte de méningite cérébro-spinale et qui, deux ans auparavant, avait déjà eu de la méningo-encéphalite par fracture du crâne (chute d'un lieu élevé). On avait noté la surdité gauche, l'absence de conduction osseuse à gauche (Rinne) des deux côtés, bourdonnements, pas de vertiges, etc.

A l'examen anatomique on ne trouve rien de bien notable dans l'appareil conducteur des sons. Le nerf acoustique est entouré de pus récent, et à son entrée dans le modiolus il présente une perte de substance dans son tronc principal; celle-ci est comblée par les cellules de pus. Les fibres nerveuses ne réapparaissent, toujours entourées de pus, que dans le modiolus; elles sont intactes dans la lame spirale osseuse. Les cellules ganglionnaires du canal de Rosenthal sont également préservées. Pus autour du nerf vestibulaire ainsi qu'autour du nerf facial jusqu'au ganglion géniculé.

Pas de grosse altération dans le limaçon; traces d'inflammation remontant à la première atteinte; présence de globules du pus le long de la crête spirale et sur le côté tympanique de la membrane de Reissner qui marquent l'invasion la plus récente. La membrane de Reissner dans le deuxième tour de spire est épaissie, adhérente à la crête et à la membrane de Corti, remplie d'un pigment jaune. Pas de pus dans l'aqueduc du limaçon, pas de destruction de l'organe de Corti.

Le saccule est légèrement atteint (épithélium indistinct, parois affaissées, endolymph coagulée); pas d'altération dans l'utricule, ni dans les ampoules, ni dans les canaux semi-circulaires.

M. LS.

Larves vivantes dans l'oreille, par M. BAXTER. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Un fermier de 32 ans, étant à faucher, sent une mouche entrer dans son oreille droite : il la retire en l'écrasant avec un fétu de paille. Deux jours après, hémorragies et douleurs violentes. Le malade arrive presque fou parce qu'en venant rendre visite au médecin, *trois vers blancs* sont tombés de l'oreille et qu'il croit avoir la tête pleine de vers.

Il est facile de voir des larves s'agiter dans le conduit et il est non moins facile de les faire sortir, au nombre de *douze*, par un simple lavage. Le conduit était très rouge, ulcéré, le tympan intact, et le malade guérit rapidement.

Ces larves avaient 6 millimètres de long et 2 millimètres de large, mais leur espèce n'a pas été déterminée.

M. LS.

Carie étendue et cholestéatome de l'apophyse mastoïde.

Thrombose du sinus latéral et méningite, par le Dr H. FRIEDENWALD, de Baltimore. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Dans ce cas, le malade, qui était porteur de polypes de l'oreille, fut trépané avec l'idée qu'on trouverait un abcès dans le lobe temporal. Ce qui fait l'intérêt du cas, c'est que, malgré des lésions étendues de l'apophyse, on ne constatait absolument aucun signe de ce côté, ni gonflement ni rougeur inflammatoire, mais seulement un point douloureux.

M. LS.

Coup sur l'oreille suivi de mort en moins d'une semaine, par le Dr TH. HEIMAN, de Varsovie. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

Un soldat qui se sentait faible et mal en train depuis quelques jours est envoyé à la manœuvre avec ses camarades. Comme il refusait de manœuvrer, il fut frappé par un officier d'un coup sur l'oreille gauche, qui causa du vertige et une hémorragie. Bien que le malade ne souffrit pas de cette oreille, il s'en écoulait de temps à autre un peu de pus.

Vu peu après à l'hôpital, le malade était apathique, sans autre symptôme qu'un peu de vertige et de nausées quand on le faisait marcher. Le pouls à 120 et la température à 40°. Écoulement purulent rougeâtre par l'oreille gauche, qui n'entend la

montre qu'au contact, etc. Les jours suivants, on constate des symptômes démontrant une atteinte du système nerveux (perte de connaissance, paralysie de l'abducteur de l'œil gauche, ptosis, inégalité pupillaire, évacuations involontaires des matières, délire) et une infection générale (pus dans l'articulation du poignet gauche, jaunisse, langue sale et sèche, température se maintenant au-dessus de 40°, pouls de 100 à 124). Le malade succombe cinq jours après avoir reçu le coup sur l'oreille.

A l'autopsie on trouve une pachyméningite interne purulente diffuse, des hémorragies punctiformes sous-arachnoïdiennes, de méningite basilaire circonscrite, un thrombus jaune dans le sinus longitudinal supérieur, des caillots dans le sinus transverse et la veine jugulaire interne. Trois petites ouvertures à la surface interne de la pyramide du rocher conduisant dans la cavité du tympan. Sur une section de l'os, épaissement marqué au niveau de la portion mastoïdienne avec petits points ramollis contenant du pus. Dans le tympan et les cellules mastoïdiennes on trouve du pus en abondance : les cellules mastoïdiennes sont en partie détruites et forment des cavités purulentes étendues. De plus, il y a des ulcérations et des granulations dans la caisse.

L'auteur, après avoir bien montré les difficultés du diagnostic au début, car on put penser à une fièvre typhoïde, discute ensuite l'importance médico-légale de ce cas. L'officier aurait pu être poursuivi, alors qu'en réalité le coup porté ne semble qu'avoir hâté la marche d'une complication en voie d'évolution, qui s'était elle-même développée sur une très ancienne et très grave affection de l'oreille.

M. LS.

Des excroissances osseuses du conduit et de leur traitement,
par le Dr U. PRITCHARD, de Londres. (*Arch. of Otology*, n° 1, 1891.)

L'auteur accepte la division primitive en *hyperostoses* et en *exostoses* proprement dites.

Les *hyperostoses* sont constituées par une augmentation diffuse des tissus osseux, qui s'accroît lentement et qui ne s'arrête qu'après avoir complètement rempli le conduit, ce qui amène souvent des douleurs par pression : leur masse est moins dense que le tissu compact des os.

Les *exostoses* comprennent : 1° des exostoses multiples, uniformément lisses et arrondies, d'aspect pâle et brillant, d'une densité plus considérable que l'ivoire. Elles se développent

sous une influence rhumatismale ou gouteuse, ont une marche très lente et n'obstruent que fort rarement le conduit; 2° des exostoses multiples, de volume irrégulier, de couleur rose pâle, à base élargie, d'une densité considérable. Elles se rencontrent fréquemment comme une complication des otorrhées anciennes; 3° des exostoses polypiformes à noyau dur comme l'ivoire d'où partent les trabécules osseuses; le pédicule est osseux.

Les hyperostoses et les exostoses des deux premiers groupes demandent une opération lorsqu'elles menacent de fermer le conduit ou qu'il y a derrière elles une suppuration qui peut s'accompagner de carie osseuse. Les exostoses de la troisième série sont toujours enlevées à cause de la facilité de l'opération.

M. U. Pritchard passe en revue les diverses méthodes opératoires. Bien que le marteau et le ciseau donnent de bons résultats, il leur préfère la fraise des dentistes; il recommande de se servir d'abord d'une très petite fraise pour attaquer le sommet, puis d'une plus large pour agrandir le trou formé. Toutefois la fraise peut glisser et il aime encore mieux se servir d'une très petite tréphine, comme celle dont se servent les dentistes.

M. L.S.

Beitrag zur Aetiologie der Katarrhalischen Ohrenentzündungen Bakteriologische Beobachtungen (Contribution à l'étiologie des otites catarrhales), par A. MAGGIORA et G. GRADENIGO. (*Centralblatt f. Bakteriologie u. Parasitenkunde*, n° 19, 1891.)

Vingt observations avec examen bactériologique de la muqueuse du naso-pharynx, de la trompe d'Eustache, de la caisse du tympan. Les auteurs ont constamment trouvé un grand nombre de microorganismes divers et avant tout le staphylococcus albus et aureus. Dans quatre cas on n'a trouvé que des saprophytes, mais l'un de ces cas ne présentait guère que des traces d'une otite antérieure; dans les trois autres il serait plus sage de supposer que les microbes pathogènes se trouvaient en petit nombre et non point absents; car un traumatisme suffit dans des cas de ce genre pour provoquer une inflammation aiguë et il s'agit là de brûlures, non d'infections nouvelles.

M. N. W.

Ein neuer Stimmgabelversuch (Une nouvelle épreuve au diapason. Contribution au diagnostic différentiel des affections

de l'appareil conducteur du son et de l'appareil nerveux de l'ouïe), par le Dr ALBERT BING, de Vienne. (*Wiener Med. Blätter*, n° 41, 1891.)

Un diapason d'intensité et de tonalité moyennes est mis en contact avec la ligne médiane du crâne ou avec une apophyse mastoïde ; aussitôt le son éteint on bouche avec le doigt l'un des conduits auditifs le son est perçu à nouveau et pendant un certain temps, telle est la nouvelle épreuve aussi sûre pour l'oreille normale que celles de Weber et de Rinne. Le fait s'explique par la théorie de Mach ; les ondes sonores s'écoulent en partie par le conduit auditif, libre, mais elles sont réfléchies par l'obstacle et viennent alors renforcer les vibrations au point de les rendre à nouveau perceptibles. La diminution ou la disparition de la *perception secondaire* indiqueront un obstacle dans l'appareil conducteur dans l'oreille moyenne, par exemple, surtout lorsque la *perception primaire* est normale ou prolongée.

L'épreuve est plus fine, plus sensible que celle de Rinne, mais pas plus que pour cette dernière le résultat positif n'est une garantie de l'intégrité du nerf ni de l'absence d'un obstacle à la conduction du son.

M. N. W.

Zur Analyse des Weber'schen Versuchs (Étude analytique de l'épreuve de Weber), par le Dr ALBERT BING, privat docent, à Vienne. (*Wiener Med. Presse*, n° 8 et 10, 1891.)

L'épreuve de Weber a été souvent discutée au point de vue de sa valeur diagnostique dans les cas où le résultat est positif pour l'oreille la moins malade. Quand l'épreuve est typique, c'est-à-dire la conductibilité crânienne plus intense pour l'oreille dont l'ouïe est affaiblie, on est en droit d'en conclure que cette oreille est atteinte de sclérose (théorie de Mach), mais il ne faut pas aller plus loin et affirmer que l'oreille moyenne ou plutôt l'appareil conducteur soit malade à l'exclusion du nerf auditif. En effet l'affaiblissement du nerf acoustique peut être corrigé et masqué par la sclérose moyenne bilatérale accompagnée d'une affection d'un seul nerf auditif, l'épreuve de Weber sera nécessairement positive pour l'oreille la moins atteinte ; loin d'être paradoxale et inexplicable l'épreuve de Weber indique alors l'état du nerf du côté opposé.

L'auteur cite une observation à l'appui de son interprétation.

M. N. W.

Recherches sur l'étiologie de la tuberculose laryngée, par

EUGEN FRAENKEL. (*Virchow's Archiv*, Band CXXI, Heft 3, p. 523.)

Fraenkel a examiné 16 larynx tuberculeux. Après avoir enlevé avec soin le mucus, il examina ses lamelles, la sécrétion des ulcérations, cultiva le bacille et étudia histologiquement et bactériologiquement la muqueuse sur des coupes.

De ces recherches considérables, Fränkel constate que les lésions tuberculeuses du larynx résultent de la pénétration *par la surface* des bacilles tuberculeux dans la muqueuse laryngée. L'infection par la voie sanguine et lymphatique existe, mais elle est l'exception. Les bacilles peuvent pénétrer à travers l'épithélium, même intact, et arriver dans les couches profondes. Dans la plupart des cas, il faut faire une part aux infections mixtes. Parmi les microbes associés au bacille tuberculeux on trouve surtout des staphylocoques et des streptocoques, mais ce sont les bacilles tuberculeux qui jouent le rôle principal dans la production de l'extension des lésions du larynx. Les bacilles tuberculeux existent toujours déjà dans les couches profondes lorsque les autres bactéries se multiplient au niveau des ulcérations. Il ne semble pas y avoir de rapport précis entre le nombre de bacilles et la gravité des lésions, on peut seulement dire en général, comme pour les autres tissus d'ailleurs, que les bacilles sont d'autant moins nombreux que les cellules géantes sont plus abondantes.

Au niveau des ulcérations aphteuses ou lenticulaires on trouve aussi régulièrement des bacilles tuberculeux. En un mot, toutes les lésions du larynx chez les phtisiques relèvent du bacille tuberculeux. Ce n'est que dans un nombre très restreint de cas que l'on ne trouve pas de lésions laryngées spécifiques chez les phtisiques et alors des lésions qu'il faut placer à côté des nécroses épithéliales qu'on observe dans la fièvre typhoïde.

Ces lacunes pathogéniques légitiment la thérapeutique laryngée directe locale, surtout au début. Mais nous sera-t-il permis de faire remarquer qu'elles viennent confirmer *point par point* tout ce que nous avons affirmé, il y a quelques années déjà, dans notre livre de la *Phtisie laryngée*, écrit avec notre maître M. le Dr Gouguenheim.

P. TISSIER.

Traitement local de la phtisie laryngée, par J. SCHEINMANN.
(*Berlin. klin. Woch.*, n° 47, 24 novembre 1890.)

La phtisie laryngée n'est plus un *noli tangere*. Le nombre

des guérisons spontanées est fort petit, si on le compare aux faits de guérison par le traitement, même dans les cas graves. La guérison est surtout l'œuvre du traitement local.

L'existence de lésions pulmonaires n'est pas une contre-indication.

Le larynx doit être surveillé avec soin. L'anémie locale, la parésie des adducteurs, isolées ou accompagnées de catarrhe sont heureusement influencées par le *massage* du larynx, seul ou associé aux *astringents* (Tannin). L'irritation produite par la toux et le contact permanent des crachats cède souvent à l'emploi de la *créosote* à l'intérieur, qui calme la toux et modère l'expectoration. A utiliser aussi en pareil cas les inhalations de *menthol*, de *crésol*. Le crésol ainsi prescrit agit sur le larynx et la trachée, désinfecte les crachats et rend la respiration plus facile. Ces inhalations agissent surtout dans les formes précoces ou initiales de la phtisie laryngée et peuvent même amener une guérison définitive.

Lorsqu'il y a infiltration et ulcération, il est impossible, dit l'auteur, de tout voir, de tout atteindre. Il n'y a que les inhalations qui peuvent remplir le but cherché, porter les médicaments modificateurs sur tous les points malades, et cela d'une façon continue. Il est cependant parfois nécessaire d'y associer le traitement chirurgical.

Après avoir essayé l'acide phénique préconisé par M. Schmidt, le baume du Pérou, emplyé par Schnitzler, il donne la préférence au menthol et au crésol. Inhalations de menthol à 20-30 0/0, deux heures par jour, pendant des mois. On peut aussi se servir sans inconvénient de menthol pur, dont on sait le pouvoir désinfectant.

C'est Fraenkel qui a introduit le crésol en laryngologie. Il s'emploie en irrigations en solutions à 1-2 0/0, que l'on ordonne deux ou trois fois par jour. L'action sur les ulcérations laryngées est très marquée, et en combinant les inhalations de menthol et de crésol, avec les irrigations, on obtient la rétrocession des infiltrations et la cicatrisation des ulcérations.

Quelquefois cependant le résultat est nul (infiltrations très étendues, tumeurs tuberculeuses, périchondrite, etc.) Il faut alors recourir, avec mesure, au traitement chirurgical.

Il faut s'adresser à l'électrolyse, qui a une action curative sur les infiltrations, et n'est pas douloureuse. Elle mérite d'être employée souvent, car c'est une des meilleures méthodes.

Lorsque l'électrolyse échoue, on a recours aux attouchements

vigoureux. L'acide lactique est souvent très douloureux, le baume du Pérou échoue souvent, l'acide phénique agit bien et sans douleurs, mais la *pyoctanine* est ici le médicament de choix. La modification des ulcérations est immédiate et la guérison totale assez fréquente au bout de quelque temps.

Elle est sans inconvénient, elle ne produit que peu de réaction locale.

A côté de la *pyoctanine* violette, il faut placer le crésol. Ce sont les deux moyens les plus actifs et les moins pénibles.

Ce n'est qu'en cas d'infiltrations énormes, de tumeurs, qu'il faut recourir au curettage.

P. TISSIER.

Ulcérations tuberculeuses du larynx, par LANGERHANS. (*Gesellschaft der-Charité-Aerzte zu Berlin*, séance du 4 décembre 1890.)

Langerhans présente un larynx sur lequel on voit trois petites ulcérations. L'une siège au-dessous de la corde vocale gauche, c'est une petite ulcération lenticulaire, à bords renversés, entourée d'une zone de congestion très intense. Les deux autres siègent sur les cordes elles-mêmes; elles sont un peu allongées, leurs bords ne sont pas renversés, mais très plats, leur front est tout à fait lisse, et, par places, il est même assez difficile de délimiter exactement l'ulcération. Ces dernières ulcérations sont manifestement en voie de guérison.

Ces ulcérations s'étaient développées à la suite de l'injection de lymphé de Koch, chez un sujet atteint d'une tuberculose pulmonaire à marche rapide.

P. TISSIER.

Tumeurs tuberculeuses du larynx, par G. AVELLIS. (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 32 et 33, 6 et 13 août 1891.)

L'auteur réunit, dans une introduction historique, tout ce qui a été écrit sur les tumeurs laryngées d'origine tuberculeuse, et rapporte ensuite 13 cas de ce genre qu'il a recueillis à la clinique de Schmidt, à Francfort-sur-Mein.

Avellis n'a en vue que les tumeurs non ulcérées, recouvertes de muqueuse, tantôt dures, tantôt plus molles, qui se présentent le plus souvent sous forme de chou-fleur et qui se distinguent nettement des infiltrations diffuses qu'on rencontre ordinairement dans la phtisie laryngée. Il ne faut pas non plus envisager comme tumeurs tuberculeuses les excroissances papillomateuses et polypôides qu'on observe si souvent sur le bord des ulcérations tuberculeuses.

Ariza a revendiqué pour lui la priorité de la description des tumeurs tuberculeuses. Mais, 41 ans avant lui, Tobold, en 1866, en avait déjà parlé dans son livre « Sur les affections chroniques du larynx. »

En 1883, M. Gussenbauer rapporte un cas qui démontre combien il est important de penser, dans chaque cas de tumeur laryngée, à une origine tuberculeuse. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, atteint d'une tumeur non ulcérée siégeant au niveau d'une des cordes, chez lequel la trachéotomie avait dû être faite d'urgence. On diagnostiqua un carcinome et l'examen microscopique d'un fragment extirpé semblait confirmer ce diagnostic. On fit l'extirpation totale du larynx et, après un nouvel examen microscopique, on diagnostiqua de nouveau un carcinome. Quelques mois après le malade mourut de tuberculose pulmonaire. Un troisième examen histologique plus minutieux fit alors reconnaître qu'on avait eu affaire à un néoplasme tuberculeux avec prolifération considérable des cellules épithéliales.

La tumeur tuberculeuse du larynx semble être une forme précoce de la tuberculose du larynx. L'auteur cite à l'appui de cette assertion les observations de Michel, Fauvel, Schnitzler, Mandl, Schaëffer, Heryng, Gouguenheim et Tissier et d'autres auteurs. Les observations de Mandl, Dehio, Gouguenheim et Tissier prouveraient même que les tumeurs tuberculeuses s'observent surtout dans la phtisie laryngée primitive.

Dans la plupart des cas, le diagnostic de tumeur tuberculeuse ne put être fait qu'après l'opération ou après la mort des malades et cela explique pourquoi on a eu recours si rarement à l'extirpation endo-laryngée de ces néoplasmes.

L'auteur ajoute aux 24 cas de tumeur tuberculeuse, qu'il a recueillis dans la bibliographie, les 13 cas que Schmidt a observés dans les cinq dernières années de sa pratique.

Ces 13 cas sont rapportés en détail. Le diagnostic microscopique a toujours été fait par le professeur Weigert.

Le plus souvent les tumeurs sortaient du ventricule de Morgagni ou siégeaient au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales ou sur la paroi postérieure du larynx, plus rarement sur les bandes ventriculaires et sur les cordes. Leur ablation endo-laryngée donnait, dans la plupart des cas, un résultat satisfaisant; chez quelques-uns des malades, on obtenait même une guérison complète.

D'après l'auteur, il s'agit là d'une affection plus fréquente

qu'on ne l'a pensé jusqu'à présent, aussi conseille-t-il, avec Schmidt, de faire examiner au point de vue de la tuberculose tous les néoplasmes tant soit peu suspects.

En terminant, l'auteur rapporte encore deux cas de tumeur tuberculeuse du larynx dans lesquels la tuberculine de Koch, n'a donné aucun résultat. Il en était de même des injections de cantharidose qu'on avait essayées chez l'un de ces malades.

LICHTWITZ.

Zur Cystenbildung in Stimmbandpolypen (De la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales), par le professeur O. CHIARI. (Mémoire lu au Congrès des Médecins et Naturalistes allemands, Halle s/S., septembre 1891.)

Les kystes se développent dans les fibromes au dépens soit des fentes lymphatiques, soit des mailles du tissu cellulaire; quelquefois il se fait des vésicules sous l'épithélium ou dans son épaisseur, en tout cas il s'agit d'une transsudation de serum et non point d'une extasie glandulaire, ainsi que cela avait été supposé.

L'auteur présente à l'appui de cette thèse des préparations, des dessins et des microphotographies et confirme ainsi la théorie pathogénique de Wedl, Eppinger, Schrötter, etc. M. N. W.

Cas de papillomes multiples du larynx chez l'enfant, par A. BORNEMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, 1891, p. 529.)

L'auteur rapporte quatre cas de papillomes du larynx chez l'enfant, observés à la clinique de B. Fraenkel.

Le premier cas concerne une petite fille de 4 ans 1/2 amenée à la clinique en 1888, après trachéotomie pour cause de sténose laryngée. Ici, en s'aidant avec le doigt, on enleva par voie endolaryngée plusieurs papillomes. Mais, voyant qu'on ne pouvait pas réussir à enlever les papillomes radicalement, on l'envoya à la clinique chirurgicale où on pratiqua le laryngofissure et on enleva les papillomes après plusieurs opérations.

Actuellement la petite fille ne semble pas avoir des récidives (un examen au laryngoscope n'a cependant pas pu être fait), elle est presque aphone, ce n'est que quand on ferme la fistule trachéale que l'enfant parle d'une voix rauque qui se transforme vite en voix de fausset.

Le second cas concerne un garçon de 14 mois, chez lequel on pratiqua la trachéotomie suivie de laryngofissure pour combattre la dyspnée et l'aphonie qui s'étaient développées peu à peu.

L'hémorrhagie empêcha de voir si on avait enlevé tous les papillomes. Mort de diphtérie deux mois après l'opération. A l'autopsie on trouva le larynx rempli des papillomes qui avaient récidivé.

Chez le troisième malade, âgé de 6 ans, très docile, on enleva les papillomes par voie endolaryngée avec une pince construite *ad hoc*. Il ne resta qu'un petit papillome qui semble implanté à la surface inférieure de la corde vocale gauche. L'enfant parle à voix claire.

Le quatrième malade est encore en traitement. D'abord traité et amélioré par voie endolaryngée, il fut perdu de vue et ne revint qu'après avoir été opéré par la laryngofissure.

Bien qu'on eût enlevé tous les papillomes et cautérisé au thermocautère leur base d'implantation, les néoplasmes avaient récidivé. On traite maintenant l'enfant par voie endolaryngée.

Se basant sur ces quatre observations, l'auteur discute le mode de traitement des papillomes chez l'enfant. Tout dépend de la tendance qu'ont les papillomes à se développer plus ou moins vite. L'âge de l'enfant est aussi d'une grande importance.

Si les papillomes restent stationnaires et qu'ils ne gênent pas la respiration, on ne doit pas opérer surtout quand les papillomes sont de date récente, car d'après l'auteur, les cas récents semblent après l'ablation récidiver plus souvent que les cas anciens. On dirait que le larynx perd à la longue la faculté de reproduire des néoplasmes.

Dans les cas où on est obligé d'intervenir, il faut donner la préférence à la méthode endolaryngée qui offre de grands avantages sur la laryngofissure. Cette dernière doit être réservée pour les petits enfants peu dociles quand il y a péril en la demeure et, même dans ces cas, on pourrait parfois se contenter de la simple trachéotomie pour faire plus tard l'ablation des néoplasmes par la voie naturelle.

A la fin de son travail, l'auteur dit encore quelques mots de l'intubation dans les papillomes. Il ne croit pas que le tubage ait une action curative. Les deux cas rapportés par Ranke, en 1889, au Congrès des naturalistes allemands, ne parlent pas en faveur du tubage.

En effet, dans l'un des cas on trouva à l'autopsie des papillomes où le tube et la canule trachéale avaient reposé sur la muqueuse et dans l'autre cas, d'après une communication que Ranke a faite à l'auteur, on a été obligé d'opérer le malade ultérieurement par voie endolaryngée.

LICHTWITZ.

Tumeur siégeant au-dessous de la corde vocale inférieure gauche.

Laryngotomie partielle, périchondrite consécutive, guérison, par KOEHLER. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 53, p. 1200, 1890.)

Un jeune homme de 28 ans, syphilitique, souffrant de gêne respiratoire très marquée, traité inutilement pour des lésions (polypes, hypertrophie muqueuse) nasales quelque temps auparavant, fut laryngotomisé pour une tumeur de la corde vocale gauche. Quelques jours après l'intervention se montra une *périchondrite aiguë* qui évolua vers la guérison.

La convalescence fut cependant marquée par un second incident. A la région antérieure de la trachée, au niveau de la cicatrice consécutive à la trachéotomie, apparurent des végétations assez nombreuses, et plus tard une tumeur rouge bleuâtre, largement implantée au niveau du premier anneau de la trachée, que Landgraf opéra avec succès par la voie endolaryngée.

En résumé, la laryngotomie a donné lieu à deux accidents relativement graves : périchondrite et végétations sur la cicatrice résultant de la trachéotomie préalable. L'intervention endolaryngée reste donc, toutes les fois qu'elle est possible, la méthode de choix.

P. TISSIER.

Un cas de pachydermie diffuse du larynx, par WOLFF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, 1891.)

Le malade âgé de 43 ans, se plaignait de ressentir quelque chose qui lui grattait le gorge, du côté droit. Il a fumé beaucoup autrefois. Pas de syphilis.

Au laryngoscope on trouve au-dessus de l'extrémité postérieure de la corde vocale un gonflement ovale de la grosseur d'un pépin de pomme et au même endroit de la corde vocale gauche, il existait une grosseur analogue pourvue d'une petite fossette dans laquelle venait se loger la tumeur de la corde vocale droite au moment de la phonation.

L'iodure de potassium diminuait les sensations subjectives du malade.

L'auteur s'est abstenu de toute intervention endolaryngée. Il craint encore, malgré les recherches collectives de Semon sur ce sujet, que des tumeurs bénignes ne puissent se transformer en tumeurs malignes sous l'influence d'opérations endolaryngées.

L. L.

Laryngitis hémorrhagica, par TREITEL. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juin 1891, p. 168.)

Treitel donne le nom de laryngite hémorrhagique à une laryn-

gite accompagnée d'hémorragies ou d'infiltrations sanguines de la muqueuse sans que les accidents pussent s'expliquer, soit mécaniquement par la violence de la toux et des efforts de vomissements, soit anatomiquement par une ulcération ou une lésion de la muqueuse. Cette affection est rare. Il en rapporte une observation personnelle, remarquable surtout par les accès de dyspnée que provoquaient les caillots mêmes très petits. Le traitement consista en inhalation d'une solution glycinée de chlorure de sodium, insufflation de tannin, badigeonnages avec solution de nitrate d'argent à un pour vingt, morphine contre la toux. La dyspnée peut être assez intense pour qu'on songe à la trachéotomie ou mieux à l'intubation. D'ordinaire pourtant l'accès se termine spontanément par l'expulsion d'un caillot. Treitel pense que la pathogénie doit s'expliquer plutôt par une altération du sang que par une altération des vaisseaux. Sur six cas réunis par Strubing, trois avaient été observés chez des femmes pendant ou immédiatement après une grossesse. Dans le cas personnel de Treitel les hémorragies étaient survenues au moment des règles. Il serait intéressant de rechercher si les affections accompagnées de modifications du sang ne déterminent jamais ces manifestations hémorragiques du côté du larynx

A.-F. P.

Paralysie de la glotte et ictère, par F. KAPPER. (*Wien. méd. Presse*, juillet 1891, n° 27, in *Mercredi Médical*, 29 août 1891.)

Cette circonstance est rare, deux faits avaient été signalés par Gerhardt qui tend à les classer comme symptômes infectieux à rapprocher de la maladie de Weil. L'auteur rapporte deux faits d'ictère avec paralysie des deux cordes vocales. La guérison fut assez prompte; la pathogénie est obscure et encore inexplicable.

A. G.

Influence de la trachéotomie sur les affections du larynx, par A. KUTTNER. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 35, 31 août 1891.)

Après les communications de Krause et de Heryng sur l'emploi de la curette et de l'acide lactique, la trachéotomie, pratiquée dans le but de guérir la phthisie laryngée, recommandée par Bryant, par Robinson (les auteurs français n'existent plus depuis le traité de Francfort), a perdu de plus en plus la faveur des praticiens. La dernière lance rompue en sa faveur en 1876, par M. Schmidt, est restée sans grand écho.

Kuttner rapporte une observation où la trachéotomie, après l'échec du curettement, de l'acide lactique, du menthol, de l'électrolyse, de la galvanocaustie, fut pratiquée en raison d'une dyspnée menaçante, résultat des progrès de la lésion. L'état général, assez mauvais, se releva rapidement, et les lésions laryngées se cicatrisèrent.

Bien que l'auteur fasse une réserve au point de vue du diagnostic et n'élimine pas absolument l'hypothèse de syphilis, il n'en reste pas moins l'action favorable évidente de la trachéotomie sur les lésions laryngées.

PAUL TISSIER.

Contribution à l'étude de l'anatomie et de la physiologie du larynx, par WOLFF. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, 22 octobre 1891.)

Il s'agit d'un cas de luxation probable de l'articulation cricothyroïdienne existant sans symptômes inquiétants depuis des années. Le malade se rappelle que dans une rixe il s'est produit un bruit de craquement au niveau de son larynx qu'on lui avait serré fortement. Ce bruit se renouvelle depuis lors toutes les fois que le malade penche la tête, et il cesse dès qu'on essaye de comprimer le cartilage thyroïde.

L'auteur a constaté localement une mobilité exagérée entre le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde.

L. L.

Innervation du larynx, par ONODI. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1891.)

Voici les conclusions les plus importantes des expériences faites par Onodi.

1° Les muscles directs des cordes vocales sont innervés par le récurrent.

2° Entre le laryngé supérieur et le laryngé inférieur, on trouve souvent chez l'homme des anastomoses, d'où partent des filets se distribuant aux divers points de la muqueuse. Ces filets sensitifs s'entre-croisent sur la ligne médiane. L'innervation sensitive est donc bilatérale.

3° Chez le chien, on trouve entre les faisceaux anatomopathologiques qui unissent le plexus brachial et le grand sympathique, et entre ceux qui unissent le ganglion cervical inférieur et le ganglion thoracique supérieur du grand sympathique, des fibres-motrices des muscles du larynx.

4° L'accessoire du spinal ne joue aucun rôle dans l'innervation motrice du larynx.

A.-F. P.

Recherches sur le nerf laryngé supérieur chez le cheval, par HERMANN-MUNK. (*Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1 et 2, 1891, p. 175.)

Munk n'a jamais observé de dégénérescence musculaire à la suite de la section du nerf laryngé supérieur chez le cheval; il ne saurait donc admettre les faits (ni la théorie qui en est déduite) invoqués par Exner, qui considère qu'il s'agit d'une atrophie par inaction. La perte de la sensibilité musculaire peut gêner la motilité, mais surtout la motilité volontaire, bien plus rare que l'autre chez le cheval. Il explique les résultats d'Exner en admettant qu'il est tombé sur des chevaux atteints déjà antérieurement de cornage laryngé latent au moment de l'opération.

P. TISSIER.

Dégénérescence des muscles laryngés après la section des nerfs laryngés supérieurs et inférieurs, par FRIED. PINELES. (*Pflüger's Archiv f. die gesammte Physiologie*, Heft 1 et 2, Band XLVIII, p. 47, 1890.)

Exner, après avoir coupé chez un cheval le laryngé supérieur, observa un arrêt immédiat des mouvements de la partie correspondante du larynx. Le cheval fut sacrifié 45 jours après, le larynx durci dans le liquide de Muller, et Pineles en fit l'étude. Il trouva un état spécial, ratatiné, d'un certain nombre de fibres musculaires avec multiplication plus ou moins abondante suivant le point de noyaux musculaires, et présence dans la substance contractile de figures spéciales, d'apparence nucléaire, entourées d'un espace clair; certaines fibres musculaires présentèrent de la tuméfaction. Pas de lésions bien marquées dans le tissu interstitiel. Ces lésions se retrouvaient dans tous les muscles, à l'exception du cricothyroïdien innervé chez le cheval par le premier nerf vésical.

Par comparaison, on sectionna chez un autre cheval le nerf laryngé inférieur; l'animal fut sacrifié au bout de 62 jours et le larynx examiné de même. On trouva ici une atrophie uniforme des plis musculaires avec multiplication de noyaux musculaires; pas de tuméfaction, pas de pseudo-noyaux entourés d'une auréole. Par contre, prolifération interstitielle marquée.

Pineles compare les lésions observées dans le premier cas à celles qu'on voit dans l'atrophie musculaire progressive (Erb).

PAUL TISSIER.

La position médiane des cordes vocales dans les paralysies récurrentielles, par R. WAGNER. (*Virchow's. Archiv.*, Band CXX, Heft 3.)

Wagner a fait des expériences sous la direction d'Exner, qui a attaché son nom à l'histoire de l'innervation du larynx. Cette question de la situation médiane des cordes pendant les premiers stades de la paralysie des récurrents a suscité de nombreux travaux; Wagner a cherché à en donner de nouvelles explications.

Il sectionna chez le chat le récurrent gauche, sutura la plaie et étudia ensuite le larynx pendant un long laps de temps.

Régulièrement la corde gauche est en adduction immédiatement après l'opération. Cette situation persiste 2 à 4 jours. Au bout de ce temps on voit la corde prendre la position dite cadavérique.

Si l'on coupe les deux nerfs, il en résulte une occlusion de la glotte avec dyspnée et mort dans un certain nombre de cas.

Wagner conclut de ces expériences que la situation médiane des cordes n'est pas produite par les muscles; si l'on coupe immédiatement après le récurrent les nerfs laryngés supérieur et médian, la situation cadavérique des cordes remplace immédiatement la situation médiane chez le chat.

En résumé, la position médiane des cordes, dans les paralysies récurrentielles, résulte uniquement et seulement de l'action du muscle crico-thyroïdien.

Ces recherches ne nous semblent nullement résoudre la question. En admettant que l'interprétation de ces expériences fût inattaquable, et nous ne le pensons pas, cela ne prouverait que pour le chat, et l'on ne serait pas en droit de généraliser à l'homme. Les expériences de Hooper ne nous ont-elles pas appris que l'« ether effect » était absolument l'inverse chez le chat et le chien?

En second lieu, il aurait été désirable que Wagner fit l'expérience inverse : section préalable des laryngés supérieur et médian, et ensuite section du récurrent.

Enfin pourquoi la situation médiane est-elle remplacée au bout de 2 à 4 jours par la situation cadavérique? le muscle crico-thyroïdien non innervé par le récurrent peut-il donc amener seulement pendant 2 à 4 jours la corde en adduction?

Qu'y a-t-il de comparable entre cette adduction passagère et l'adduction permanente des sténoses neuropathiques?

Ne pourrait-on supposer que l'adduction des premiers jours est le résultat de l'irritation du nerf sectionné, qui disparaît avec cette irritation?

Si la section des laryngés supérieur et médian supprime l'adduction, ne pourrait-on y voir un effet de la perte de la sensibilité consécutive à la section des nerfs sensitifs, cette perte ayant pour conséquence l'empêchement de l'acte réflexe qui permettrait l'apparition, la contracture temporaire des muscles innervés par le récurrent?

P. TISSIER.

Photographie du larynx et de la cavité buccale, par RICHARD WAGNER. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 50-51, p. 1152-1180, 1890.)

Czermak avait déjà tenté d'obtenir des épreuves photographiques du larynx. Stein reprit ces expériences, mais ces deux auteurs donnaient comme base à leurs procédés l'autolaryngoscopie. French de Brooklyn (1883), L. Browne et E. Behnke obtinrent des résultats assez satisfaisants.

R. Wagner est arrivé à un procédé simple et avantageux. Il emploie la lampe au magnésium comme source de lumière, et un appareil photographique usuel. La plaque photographique doit se trouver à la place où se trouve l'œil dans l'exploration habituelle du larynx, c'est-à-dire au niveau du trou central du miroir réflecteur. Nous ne pouvons décrire cet appareil en détail, nous nous bornons à indiquer le principe de la méthode.

Wagner donne à l'appui des services que peut rendre son procédé deux photogrammes du larynx assez nets. P. TISSIER.

Un cas de fracture du larynx terminé par guérison, par A. SOKOLOWSKI. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 40, 6 octobre 1890.)

Les fractures du larynx sont rares; signalées par Morgagni, elles ont été depuis observées par Malgaigne, Cavasse, Gurth, etc. Ce dernier auteur en a réuni 43 cas; son mémoire (1864) a servi de base à tous les auteurs qui se sont occupés depuis de la question. Fischer a réuni les cas publiés de 1864 à 1884 et est arrivé à un total de 75. Depuis lors, Mackenzie, Soyons, Knaggs, Schottfog, Lane et Besner ont publié des observations isolées.

Cependant Lane a trouvé relativement très souvent des fractures du larynx et de l'os hyoïde à l'autopsie (9/100 cadavres).

Il en résulte qu'il faut admettre que ces fractures restent le plus souvent latentes. C'est aussi ce qui ressort des recherches de Patenko et de Hoffmann.

Deux principaux mécanismes président aux fractures du larynx : la pression bilatérale, rapprochant les lames du thyroïde, qui se fracturent alors longitudinalement souvent sur la ligne médiane et déterminent la fracture simple (médiane) ou double (latérale) du cricoïde; sur l'aplatissement d'avant en arrière de la colonne vertébrale, écartant les lames, d'où fractures diverses souvent communicatives, avec fractures ordinairement doubles du cricoïde, des cornets du thyroïde, et luxation erico-aryténoïdienne et déchirure de la membrane erico-thyroïdienne.

Le cartilage thyroïde est de beaucoup le plus souvent atteint; nous donnons le tableau de Sokolowski *in extenso* :

Cartilage thyroïde	29 cas.
Cartilage cricoïde	11 —
Cartilage cricoïde et thyroïde	9 —
Os hyoïde et cartilage thyroïde	3 —
Os hyoïde, cart. thyroïde et cart. cricoïde	2 —
Os hyoïde, cartilage thyroïde, anneaux de la trachée..	1 —
Cartilages thyroïde, cricoïde et trachéaux	3 —
Cartilages thyroïdes et trachéaux	1 —
Cartilages cricoïdes et trachéaux	2 —
Toutes les parties du larynx.....	14 —
	<hr/> 75 cas.

Les symptômes principaux sont une cyanose rapide avec dyspnée, pouls petit, agitation vive, toux pénible, expectoration spumeuse sanguinolente. Enrouement ou aphonie. Déglutition et phonation douloureuses. Emphysèmes sous-cutané du cou pouvant se généraliser. Plus tard, suppuration et nécrose des foyers de fracture.

Tout peut se borner à de l'enrouement. La palpation et plus souvent l'inspection peuvent être utiles. L'examen laryngoscopique a été rarement fait. Schrötter a noté une ecchymose de la muqueuse laryngée avec tuméfaction notable. Mackenzie a vu de la rougeur et de la tuméfaction. Dans le cas de Sokolowski, la configuration du larynx était profondément modifiée par suite des déplacements des fragments de la fracture.

Le pronostic est sévère : 56 cas de mort sur 71 de Fischer. Cette gravité existe surtout pour les fractures du corps thyroïde : 28 décès sur 28 cas (Solis-Cohen).

P. TISSIER.

De l'intubation du larynx dans les sténoses laryngées d'origine

croupale et diphthérique, par Ph. PAULI. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 1, 1891.)

L'auteur a pratiqué à l'hôpital des enfants de Lübeck le tubage chez 11 enfants atteints de sténose laryngée à la suite du croup. Les 11 malades sont morts. Ce résultat défavorable en comparaison de celui qu'il a obtenu par la trachéotomie (sur 188 trachéotomies, il a eu 90 cas, c'est-à-dire 47.93 0/0 de guérisons) a découragé l'auteur et l'a empêché de continuer le tubage.

Il est vrai, dit Pauli, qu'avec la trachéotomie il arrive parfois de tomber sur une série de cas qui se terminent par la mort, surtout quand il s'agit d'une épidémie grave, mais le tubage du larynx a surtout le grave inconvénient de rendre l'alimentation des enfants très difficile. De plus, il faut compter dans le tubage avec l'apparition de la pneumonie, de même qu'avec la difficulté du traitement ultérieur qui s'est fait sentir dans la première observation de l'auteur, et enfin avec les ulcérations causées par le séjour des tubes, chose qu'il a constatée dans deux cas, à l'autopsie. Ces ulcérations se sont produites, bien que les tubes ne soient restés en place que 30 heures dans l'un des cas et 48 heures dans l'autre. Widerhofer a observé ces ulcérations 7 fois sur 13 cas.

L'auteur conseille par conséquent de faire la trachéotomie comme par le passé dans les cas de sténose laryngée diphthérique, et d'avoir seulement recours à l'intubation quand l'assistance fait défaut ou quand les parents refusent la trachéotomie.

On pourrait encore tenter l'intubation dans les cas bénins où le pharynx présente des lésions et où les tubes peuvent être enlevés temporairement pour l'alimentation de l'enfant.

Le travail contient encore un résumé clair et impartial des avantages et des inconvénients de l'intubation et des résultats obtenus par les autres auteurs qui l'ont expérimentée. LICHTWITZ.

Du tubage du larynx dans la diphthérie, par J. GOTTFRIED. (*Therapeut. Monatsh.*, juin 1891, p. 321-335.)

Ce travail contient une description détaillée de la technique de l'intubation, des accidents qui peuvent survenir pendant cette opération et des précautions à prendre après l'introduction des tubes. L'auteur rapporte dans chaque paragraphe les résultats de ses propres expériences basées sur 15 cas, et compare le tubage avec la trachéotomie. Voici les résultats de ces 15 intubations :

Chez 7 malades il n'a pratiqué que l'intubation; chez les 8 autres il a été obligé de recourir, après un laps de temps plus ou moins long, à la trachéotomie. Sur les 7 enfants, qui n'ont subi que l'intubation, 5 ont guéri et 2 sont morts; des 8 enfants trachéotomisés après l'intubation, 2 seulement ont guéri et les 6 autres ont succombé.

Ce résultat semble encourageant à l'auteur, et bien que, d'après les statistiques d'autres auteurs, le tubage ne donne pas encore des résultats meilleurs que le trachéotomie, le tubage a sur cette dernière l'avantage de pouvoir être pratiqué plus facilement, plus vite, sans anesthésie et sans assistance expérimentée. D'un autre côté, le tubage exige une surveillance permanente et la nutrition est souvent rendue très difficile. A cause de ces inconvénients, le tubage ne peut encore être employé dans la pratique privée.

A la fin de son travail, l'auteur recommande, avec deux observations à l'appui, l'emploi du tubage dans le traitement ultérieur de la trachéotomie, quand la sténose trachéale, due à différentes causes (granulations des cicatrices, gonflements, perte de l'élasticité de la paroi de la trachée) ou à une fausse position des anneaux cartilagineux divisés, ne permettra pas d'enlever la canule.

Dans ces cas, le tubage combattra la sténose et permettra d'enlever la canule trachéale.

LICHTWITZ.

De l'intubation du larynx, par O. SEIFERT. (*Wurzb. physik. med. Gesellschaft*, 1890, in *Therapeut. Monats.*, p. 360, 1891.)

Dans l'un des deux cas rapportés chez un enfant âgé de 1 an 1/2, la mort était due à une pneumonie. La respiration était bonne, sauf quelque temps après l'avalement du tube.

Dans l'autre cas le tubage a été essayé pendant trois jours chez un enfant qui avait subi une laryngo-fissure faite pour des papillomes du larynx. Les parents refusèrent de faire continuer le tubage, et l'enfant porta de nouveau sa canule.

LICHTWITZ.

Le tubage d'O'Dwyer dans la sténose laryngée diphtéritique, par J. SCHWALBE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, 1891, p. 493. Communication faite à la Soc. de médecine de Berlin, le 11 mars 1891.)

Après avoir donné un aperçu historique de la question, dans lequel il attribue la priorité de cette méthode à Bouchut, il décrit

en détail la technique opératoire, puis il relate les résultats du tubage pratiqué chez 13 malades, dont 3 doivent être éliminés dans la discussion de la valeur de cette méthode.

Sur les 10 enfants qui restent, un seulement a guéri; les autres sont morts. Chez l'enfant guéri, il n'est pas même sûr qu'il se soit agit véritablement de la diphtérie. Toujours est-il que, dans ce cas, l'auteur n'aurait pas pratiqué la trachéotomie aussi vite qu'il s'est décidé à faire le tubage. Ce triste résultat a fait abandonner le tubage à l'hôpital Friedrichshain, dans lequel il a pris ses observations.

La mort était due cinq fois à une pneumonie, deux fois à une bronchite purulente, une fois à une bronchite fibrineuse. Chez le neuvième enfant, l'autopsie n'a pas pu être faite, mais les symptômes cliniques feraient reconnaître comme cause de la mort une pneumonie ou bronchite capillaire.

L'auteur croit que les pneumonies lobulaires qu'il a vues chez les malades provenaient de l'obstruction fréquente du tube par les mucosités. Cette obstruction amenait une atelectasie des poumons qui prédisposent les enfants à la pneumonie. Jamais l'auteur n'a vu de pneumonie par aspiration chez ses malades. Cependant pour les nourrir il a été obligé de se servir de la sonde œsophagienne.

L'effet immédiat du tubage est très satisfaisant, mais c'est avec la facilité de son exécution le seul avantage de la méthode. Car quelque temps après l'intubation surviennent les complications. Le tube est bouché par les mucosités et les membranes ou la trachéotomie. Parfois le tube est expectoré, il est vrai souvent avec une grosse membrane. Un autre inconvénient provient de la nécrose due au séjour du tube. L'auteur l'a observée cinq fois. Tantôt il n'y avait qu'une simple érosion de la muqueuse, tantôt il existait une destruction du cartilage.

Puis il faut encore citer les accidents qui peuvent survenir avec le tubage; introduction dans l'œsophage, lésion de la muqueuse du pharynx suivie d'infection diphtéritique, impossibilité de l'introduction du tube dans le larynx à cause de l'œdème de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques, et finalement la difficulté de l'extubation.

LICHTWITZ.

Contribution à la technique du traitement mécanique des sténoses laryngées, par L. LUBLINER. (*Therapeut. Monatsh.* n° 11, novembre 1891, p. 561.)

Quand on veut employer des sondes ou des bougies pour di-

later un larynx sténosé on éprouve souvent une grande difficulté pour trouver par en haut la lumière du canal rétréci qui est parfois oblique ou courbe. Dans ces cas, l'auteur recommande un procédé déjà indiqué par Catt, mais peu connu, qui consiste à faire le cathétérisme rétrograde du larynx. On élève à cet effet le canule trachéale, on coçainise la trachée et on introduit dans la partie supérieure de la trachée une sonde en étain de 5 à 8 millimètres d'épaisseur ayant la courbure d'une sonde uréthrale pour homme. Dans la plupart des cas, on réussit sans difficulté à franchir la partie rétrécie et la sonde apparaît dans la cavité buccale. Ensuite on n'a qu'à y attacher une des bougies en étain de Schroetter, qui, guidée par la sonde sur laquelle elle repose, est facilement introduite dans la partie rétrécie du larynx. Dès que le bouton en laiton de la bougie de Schroetter apparaît dans la trachée, on l'attache à l'aide de la canule modifiée de Heryng qui rend superflue la pince à fixation de Schroetter.

LICHTWITZ.

De la ventriloquie, par R. WAGNER. (*Münch. med. Woch.*, n° 17, 28 avril 1891.)

L'auteur arrive aux conclusions que nous allons exposer à la suite d'une série d'expériences confirmées par les photographies de la cavité buccale d'un ventriloque au moment de la respiration et au moment de la phonation.

Le mécanisme de la ventriloquie se produit dans la partie supérieure du larynx et dans la cavité pharyngienne et buccale. La partie postérieure de ces cavités paraît raccourcie par le soulèvement du larynx; le voile du palais est fortement tiré en haut et la cavité buccale rétrécie dans tous les sens, surtout dans le sens vertical par suite de la voussure de la langue. Pour produire la voix du ventriloque il est encore nécessaire que l'expiration se fasse lentement. C'est ainsi que le ventriloque Schreiber, de Vienne, pouvait tenir devant sa bouche une flamme, sans que cette dernière vacillât pendant qu'il parlait.

L. L.

De la théorie de la ventriloquie, par E. BLEULER. (*Münch. med. Woch.*, n° 21, 26 mai 1891.)

L'auteur, à l'encontre de Wagner, ne croit pas que la position du larynx joue un rôle important dans la production de la voix ventriloque. Quand le ventriloque imite la voix de conversation, son larynx se trouve soulevé; mais quand il imite la voix d'appel

de quelqu'un qui serait dans une pièce voisine, il abaisse au contraire son larynx. Le point capital de la ventriloquie consiste, d'après lui, à parler avec une dépense d'air minime.

La position du voile du palais serait aussi sans importance.

L. L.

Action thérapeutique des sels de cantharidine, par W. LAU-
BLINSKI. (*Thérapeut. Monatshefte*, 1891, p. 239.)

L'auteur a traité avec ce médicament 26 malades. 21 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire, 3 cas de bronchite sèche, 1 cas de pharyngite sèche et 1 cas de laryngite sèche. La dose initiale était de 1/10 de milligramme, et la dose maxima ne dépassait pas 2/10 de milligramme de cantharidate de potasse.

L'application de la solution de cantharidate de potasse est plus douloureuse que celle du cantharidate de soude. En surveillant ce dosage, les accidents du côté des voies urinaires peuvent être évités.

Les cas de tuberculose laryngée et pulmonaire, sans être guéris, ont été favorablement influencés. L'imbibition séreuse semble amener une meilleure nutrition des cellules qui agit favorablement sur la régression de processus morbides.

Dans les cas de bronchite sèche, la sécrétion se liquéfiait et l'expectoration se faisait plus facilement. Les rhonchi et les bruits sibilants faisaient place à des râles. Plus tard, la sécrétion diminuait et l'état général devenait meilleur.

Chez les malades atteints de pharyngite et laryngite sèche, le pharynx devenait moins sec, et les croûtes qui adhéraient auparavant aux cordes disparaissaient.

L. L.

Contribution à l'étude de l'action des sels de cantharidine, par TH. HERYNG. (*Thérapeut. Monatsh.*, n° 41, p. 557-561, novembre 1891.)

L'auteur a expérimenté la cantharidine dans 20 cas de tuberculose laryngée et pulmonaire. Il s'est servi de la solution suivante, qui est cinq fois plus forte que celle recommandée par Liebreich, mais qui permet un dosage plus facile et l'emploi de quantités moindres de liquide :

Cantharidine pure.....	1 gramme.
Potasse caustique.....	2 grammes.
Eau distillée.....	1000 —

Il a fait en tout 127 injections, la plupart dans les régions

épigastrique, sous-clavière et dans celles des hypocondres. L'auteur, en confirmant les résultats obtenus par Heymann, Lublinski et B. Fraenkel, résume les siens de la manière suivante :

« 1^o Les injections de cantharidine employées dans les cas d'ulcérations tuberculeuses superficielles des cordes vocales et d'infiltrations superficielles de la paroi postérieure du larynx ont amené un dégonflement des parties infiltrées et nettoyé le fond des ulcérations grâce à l'imbibition séreuse ;

« 2^o La guérison des ulcérations a été favorablement influencée ;

« 3^o L'emploi de 2/10 de milligramme du médicament n'exerçait aucune action irritative sur l'appareil urinaire ;

« 4^o Dans les cas graves de tuberculose laryngée diffuse avec infiltration, destruction et périchondrite, de même que dans les cas d'un état général mauvais avec irritation du côté des intestins et des reins, le traitement par la cantharidine est contre-indiqué ;

« 5^o En employant plus de 3/10 de milligramme de ce médicament on voit survenir des phénomènes d'irritation du côté des reins et de la vessie ;

« L'urine contient de l'albumine et des traces de sang. Les malades éprouvent de la dysurie, moins souvent des douleurs dans les reins, de la faiblesse et de la diarrhée légère qui dure plusieurs jours ;

« 6^o L'inconvénient de ce traitement, après des doses prolongées de plus de 3/10 de milligramme, consiste dans l'apparition d'œdèmes diffus des parties infiltrées et ulcérées du larynx, qui augmentent la dysphagie et qui exigent beaucoup de précaution chez des malades traités en dehors de l'hôpital. »

L'emploi local de la solution de cantharidine dans les cas d'ulcérations laryngées était très douloureux et ne produisait aucun effet positif.

LICHTWITZ.

Relations entre la chordite vocale inférieure hypertrophique de Gehhardt et le rhinosclérome d'Hebra, par ADOLF BANDLER.
(*Zeitschrift für Heilkund.*, Band. XII, Heft 1 et 2, p. 227, 1891.)

Gangofner, en 1878, a émis le premier l'opinion que les laryngites chroniques qui aboutissent à la sténose sont en connexion étroite avec le rhinosclérome. Eppinger, Gangofner et Chiari ont ensuite établi la parenté qui existe entre les deux affections au point de vue histologique. Bandler rapporte l'histoire d'un malade

atteint depuis longtemps de rhinite, qui présenta de la laryngite hypoglottique hypertrophique avec dyspnée et plus tard accès de suffocation. Cinq ans après il succomba à la suite d'une pneumonie lobulaire, et à l'autopsie on trouva dans les parties lésées du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée et des bronches les bacilles caractéristiques du rhinosclérome. Les bacilles étaient les uns isolés entre les cellules du tissu de granulation, les autres englobés en amas dans les cellules décrites par Mikulicz. Ils furent trouvés par raclage et sur les coupes et cultivés. L'injection à une souris amena la mort en 48 heures, avec épanchement séro-sanguinolent dans la plèvre droite et bacilles dans le sang.

PAUL TISSIER.

Bacille du rhinosclérome, par PALTAUF. (*Wiener med. Blätter*, n° 3, p. 40, 1890.)

Depuis ses premières publications (1887), Paltauf a pu retrouver dans le liquide extrait des tissus scléromateux un bacille, à l'état de culture pure, ressemblant par sa forme et ses dimensions à la pneumobactérie de Friedländer. Les inoculations aux animaux restèrent stériles; il croit cependant pouvoir, en s'appuyant sur la constatation dans tous les cas de rhinosclérome, admettre la spécificité de son bacille.

Il s'est demandé si le sclérome du larynx et du pharynx est un processus identique au rhinosclérome. Il a étudié 14 cas: 3 nouveaux cas de rhinosclérome avec ses lésions typiques, 5 cas de sténose laryngée ou trachéale par production scléromateuse, dans lesquels le pharynx resta indemne ou ne fut pris que consécutivement; 2 cas dans lesquels il n'existait au début que des cicatrices en voie d'exulcération dans le larynx, enfin 3 cas dans lesquels les lésions étaient absolument limitées à l'intérieur du nez, sans participation des téguments externes.

Dans tous ces cas, il retrouva le bacille spécifique dans les petits fragments extirpés pour cette recherche.

Aussi dans quelques cas l'examen bactériologique pourrait-il intervenir dans le diagnostic entre la syphilis, le cancer, la tuberculose d'une part et le rhinosclérome d'autre part.

Le bacille du rhinosclérome diffère du pneumo-bacille de Friedländer en ce que les cultures deviennent plus rapidement sèches et perdent leur virulence. Il ne produit pas, comme celui de Friedländer, en culture dans une solution sucrée, un abondant dégagement gazeux par fermentation du sucre. Enfin,

il ne développe pas ou seulement faiblement ses milieux acides.

P. TISSIER.

Existence des boules hyalines du rhinosclérome dans quelques autres productions pathologiques, par STÉPANOW. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, mai 1891, p. 134.)

Les boules hyalines ont été rencontrées d'une façon presque constante dans les tissus atteints de rhinosclérome; leur production a été attribuée d'une façon très vraisemblable aux bacilles de cette affection. Ces boules hyalines avaient été déjà trouvées, quoique bien moins abondantes que dans le cas de rhinosclérome dans certaines syphilomes, dans l'éléphantiasis, dans le sycosis de la lèvre. Stépanow les a recherchées dans vingt et un polypes des fosses nasales et les a trouvées dans les vingt et un cas. Sur cinq polypes de l'oreille examinés, deux très anciens renfermaient de nombreuses boules hyalines; deux plus récents en renfermaient quelques-unes; un seul très vasculaire n'en présentait pas. Un adénome de la cloison nasale n'en offrit pas non plus à l'examen. Mais dans huit examens de végétation adénoïdes, le résultat fut positif, les boules hyalines étaient toutefois très rares.

Les boules hyalines se trouvent donc dans toute cette série de néoplasmes; leur valeur diagnostique en anatomie pathologique ne doit pas être surfaite; on ne peut en particulier les regarder comme une production absolument spécifique due à l'action du bacille du rhinosclérome, mais plutôt comme le résultat de la lutte des cellules tendant à l'entier envahissement des bacilles.

Mais en étudiant les boules hyalines du rhinosclérome, Stépanow a pu en distinguer deux types assez différents : 1° des boules hyalines ne renfermant jamais de bacilles très réguliers, se colorant d'une façon particulièrement intense par les couleurs d'aniline; 2° des boules hyalines renfermant toujours des bacilles beaucoup moins réguliers, très variables de formes, se colorant bien plus faiblement. Il donne à ces boules, pour exprimer leur variation d'aspect, le nom de mottes hyalines.

Ces mottes hyalines n'ont jamais été rencontrées que dans le rhinosclérome. Leur absence ne saurait avoir de valeur négative, mais leur présence est un caractère positif important.

A.-F. P.

Un cas de rhinolithes bilatéraux, par NITSCHÉ. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, juillet 1891.)

Observation remarquable : 1° par la bilatéralité des rhino-

lithes; 2° par leur long séjour, 20 ans, dans les fosses nasales; 3° par la façon dont les rhinolithes avaient été tolérés, ne déterminant qu'un peu de suintement séro-purulent; 4° par les difficultés du diagnostic. Nitsche insiste sur la nécessité de l'exploration par le cathétérisme dans tous les cas douteux. A.-F. P.

Troubles d'accroissement et malformations du maxillaire supérieur et de la cloison dus à la gêne de la respiration nasale, par KÖRNER. (*Berlin. lib. Vogel*, 1891, anal. du *Monatsschrift für Ohrenheilkunde*.)

Körner étudie surtout les malformations dues aux végétations adénoïdes. Il attribue ces malformations : 1° au défaut de développement de la cloison nasale amené par la gêne de la respiration nasale. Par suite de cette insuffisance de la cloison, la voûte palatine incomplètement soutenue en haut s'incurve (palais en ogive); 2° à la compression latérale exercée par les joues, compression qui repousse en dehors les parties latérales des arcades dentaires et fait proéminer en avant leur partie médiane; 3° à l'occlusion incomplète des lèvres et surtout de la lèvre supérieure qui permet le déjettement en avant de la portion antérieure de l'arcade. Körner fait remarquer que l'occlusion osseuse des cloisons amène sur le maxillaire supérieur les mêmes malformations que l'occlusion par les végétations adénoïdes. Il oppose ces malformations aux malformations rachitiques. Les premières frappent surtout le maxillaire supérieur; les malformations rachitiques, au contraire, offrent une certaine analogie dans la compression latérale et le déjettement en avant des arcades dentaires, mais elles frappent surtout le maxillaire inférieur.

A.-F. P.

Action réflexe de la muqueuse nasale sur les bronches, par JULIUS LAZARUS. (*Archiv f. Anat. u. Physiol.*, 1 et 2, p. 19, 1891.)

Lazarus trachéotomise des chiens, curarisés pour éviter les phénomènes relevant des muscles volontaires, et place dans leur trachée un appareil destiné à régulariser les mouvements inspiratoires et expiratoires et la quantité d'air inspiré, à enregistrer les variations de pression. Il irrite alors la muqueuse nasale au niveau du septum et du cornet inférieur et il constate, d'une façon régulière, pendant l'irritation, une augmentation de la résistance des bronches à la pénétration de l'air, résistance persistant encore un certain temps après la cessation de l'irritation.

Sectionne-t-on les deux vagues, l'irritation nasale n'a plus les mêmes effets; par contre, si l'on irrite l'extrémité périphérique des nerfs sectionnés, on reproduit le même phénomène. L'augmentation de la résistance peut s'expliquer par le rétrécissement de la lumière des bronches, résultant vraisemblablement d'une contraction de la musculature. Le rétrécissement par tuméfaction de la muqueuse, à la suite d'une dilatation vasculaire, ou par un excès de sécrétion, est à éliminer, car : 1° on n'a pas encore trouvé de fibres vaso-dilatatrices dans le vague, et 2° la brusquerie de l'apparition et de la disparition du phénomène ne s'expliquerait guère que par un trouble sécréteur.

Ces faits sont fort importants; ils permettent de comprendre la pathogénie de l'isthme nasal et montrent bien la réalité des réflexes d'origine nasale, dont le seul tort a été d'avoir de trop maladroits amis.

P. TISSIER.

Examen de la muqueuse nasale dans un cas de leucémie, par le Dr SUCHANNEK, de Zurich. (*Arch. of Otolology*, n° 4, 1890.)

Après avoir longuement rappelé aux spécialistes l'histoire de la leucocythémie depuis Cullen jusqu'à Ehrlich, l'auteur décrit les modifications observées sur la muqueuse nasale dans un cas de leucémie. La muqueuse était hypertrophiée, les cellules de revêtement intactes et la couche sous-épithéliale remplacée par du tissu lymphoïde soit diffus, soit réuni en petits amas ovoïdes ou arrondis. Il est à noter que chacun de ces lymphomes microscopiques se trouvait au pourtour d'une glande, d'un filament nerveux ou d'un vaisseau : çà et là de petits amas de pigment brun jaunâtre.

Incidemment l'auteur se prononce contre l'opinion de M. Schultze pour qui la région de l'olfaction n'a pas d'épithélium à cil vibratile chez l'homme. Si celui-ci manque, cela tient à ce qu'il a été détruit par des coryzas.

M. LS.

La route suivie par l'air à travers les fosses nasales pendant la respiration, par R. KAYSER, de Breslau. (*Arch. of Otolology*, n° 1, 1891.)

Les anatomistes ont beaucoup discuté la direction du courant d'air dans l'inspiration. La plupart se sont surtout attachés aux considérations anatomiques. On admet en général que dans l'inspiration ordinaire l'air passe surtout par le méat inférieur,

chemin le plus court vers le naso-pharynx, et accessoirement par le méat moyen. La *pars olfactoria* des fosses nasales serait à peine touchée dans l'inspiration normale et ne le serait réellement que dans le renflement.

Toutefois un élève d'Exner, Paulsen, déduit de ses expériences sur le cadavre que le courant d'air monte et atteint le sommet du nez, suit le toit des fosses nasales jusqu'à la partie postérieure et redescend en suivant une ligne courbe.

Kayser a repris cette expérimentation sur le vivant et se sert simplement de magnésie en poudre projetée devant le nez au moment de l'inspiration. Il est facile de s'assurer que la poudre passe le long de la cloison, *au-dessus du cornet inférieur*, en décrivant un demi-cercle qui s'étend en haut presque jusqu'au toit des fosses nasales. Le plancher, le méat inférieur et la face inférieure du cornet inférieur ne présentent pas trace de poudre.

Ainsi donc la division des fosses nasales en partie respiratoire et partie olfactive n'est admissible qu'au point de vue anatomique; au point de vue physiologique, l'opinion courante sur la voie suivie par l'air inspiré est erronée. M. LS.

Une nouvelle méthode de traitement des saillies de la cloison nasale, par G. SANDMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 327, 1891.)

Après un court résumé des différents procédés qu'on a imaginés pour redresser les déviations et pour détruire les crêtes et épines osseuses de la cloison nasale, l'auteur oublie de mentionner la destruction électrolytique décrite par Miot; Sandmann recommande, pour les déviations verticales gibbeuses, l'emploi de la lime. Il décrit trois limes différentes, deux planes et une à surface demi-circulaire. Après cocaïnisation de la muqueuse et bon éclairage préalable, il applique la lime sans s'occuper autrement de la muqueuse et du périchondre. Pour les saillies cartilagineuses, il emploie une lime rugueuse, et pour les saillies osseuses une lime fine.

LICHTWITZ.

De la pyoctanine dans la suppuration du sinus frontal, par R. CHOLEWA. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 2, p. 189, 1891.)

L'auteur émet d'abord l'hypothèse que dans l'empyème du sinus frontal on trouve, au niveau de l'orifice nasal de cette cavité, l'os carié sur une petite étendue. Il base cette hypothèse sur la sensation de frottement qu'il éprouvait chaque fois qu'il

introduisait une sonde dans le conduit qui fait communiquer le sinus frontal avec l'infundibulum. L'auteur dit qu'on rencontre des caries limitées analogues dans la caisse, où elles sont dues à un gonflement oedémateux des granulations suivi d'un étranglement des artérioles. Un semblable processus aurait lieu au pourtour de l'orifice du sinus frontal et l'empyème du sinus ne serait provoqué que secondairement par l'infection provenant de la partie cariée de son orifice.

Il faut donc surtout tâcher de guérir la partie cariée de l'orifice du sinus. Pour obtenir cette guérison, il a employé, dans 4 cas d'empyème du sinus frontal, la pyoctanine fondue sur une sonde.

Après avoir lavé le sinus frontal, il introduisit la sonde dans l'orifice et la laissa en place quelques instants.

Ce procédé, exécuté à deux ou trois reprises, aurait amené une guérison dans les 4 cas. Un de ces cas existait depuis plus de cinq ans.

Pour faire le cathétérisme du conduit on est souvent gêné par l'extrémité antérieure du cornet moyen, mais on n'a pas besoin pour cela de l'enlever, comme le conseille Hartmann. Il suffit de la briser à demi et de l'écarter du côté de la cloison.

L'hypothèse de l'auteur sur l'origine de l'empyème du sinus frontal nous semble peu fondée. Il est plus probable que la carie de l'orifice, si carie il y a, est non la cause, mais la conséquence de l'empyème de la cavité. La sensation de frottement au passage de la sonde s'explique plutôt par le fait qu'en voulant sonder le conduit plus ou moins droit on tombe souvent dans les cellules ethmoïdales intérieures, dont l'orifice se trouve également dans l'hiatus semilunaris. Quant à la guérison des 4 cas par la pyoctanine, elle semble être due au lavage qui précède le cathétérisme du conduit, plutôt qu'à l'application de ce médicament, car la poudre qui est déposée sur la sonde doit s'enlever bien avant que la sonde ait franchi l'orifice.

LICHTWITZ.

De la pyoctanine dans la suppuration du sinus frontal, par J. KATZENSTEIN. (*Therapeut. Monatsh.*, p. 484, septembre 1891.)

L'auteur a contrôlé, à l'aide de ses préparations anatomiques, les assertions de Cholewa (voir l'analyse du travail de Cholewa) au sujet du cathétérisme du conduit qui réunit le sinus frontal à l'infundibulum.

Il écarte d'abord le cornet moyen vers la cloison et introduit la sonde dans l'infundibulum.

Le premier obstacle qu'on rencontre alors est formé par la lèvre antérieure de l'hiatus semilunaris. Il faut l'inciser avant de pouvoir faire passer la sonde qui, dans son parcours à travers le labyrinthe ethmoïdal, y détruit les minces trabécules osseuses. Dans des cas rares, quand l'orifice frontal est large et quand il n'existe pas de conduit, on réussit facilement à entrer dans le sinus frontal. Mais quand ce conduit existe, il est absolument impossible de franchir le ou les conduits qui forment un arc dont la convexité est dirigée en avant.

On a beau diriger la sonde verticalement en haut on n'arrive pas dans le conduit, parce qu'il n'est pas possible de franchir l'angle que décrit le conduit.

Cholewa prétendait avoir fait une injection dans le sinus par l'orifice naturel. D'après l'auteur, l'introduction de liquide est plus que douteuse, étant donnée l'étroitesse du conduit, qui ne permet pas à l'air de s'échapper, ou d'employer des canules à double courant.

LICHTWITZ.

De l'europhène dans les affections nasales, par LÖWENSTEIN.

(*Therapeut. Monatsh.*, p. 482, septembre 1891.)

Les expériences bactériologiques indiquent que l'europhène pourrait être employée pour toutes les affections dans lesquelles on s'est servi jusqu'à présent de l'iodoforme.

L'auteur a expérimenté ce médicament dans les affections et opérations nasales.

Il a trouvé que dans l'ozène l'europhène ne peut pas remplacer l'aristol, mais que son emploi est indiqué dans le cataracte atrophique sans ozène, dans les hémorragies dues aux érosions de la cloison, dans les perforations de la cloison et dans toutes les opérations.

L'auteur a employé la poudre pure pour mieux apprécier son effet. Il n'a jamais vu de phénomènes d'irritation ni d'intoxication.

L. L.

Mycose aspergillienne de l'antre d'Hyghmore, par C. ZARNIKO.

(*Deutsche med. Woch.*, n° 44, 29 octobre 1891.)

C'est la première fois que l'on a trouvé sur le vivant des champignons dans une des cavités accessoires du nez.

Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, qui se plaignait d'être enchiffrenée, de moucher beaucoup et de ressentir souvent une mauvaise odeur. Céphalalgie frontale.

A l'examen nasal on constata une hypertrophie polypeuse des deux cornets moyens, et du côté gauche, dans le méat moyen, un amas de pus fétide, de couleur jaune verdâtre. Après l'ablation des hypertrophies, lavage de l'autre gauche par l'orifice naturel avec la canule de Hartmann.

Ce lavage donna issue à une quantité de grumeaux de couleur brun foncé au milieu de la sécrétion muco-purulente fétide.

A l'examen microscopique de ces grumeaux on trouva les appareils fructifères de l'aspergillus fumigatus Fresenius.

Après 21 lavages, d'abord faits tous les jours, puis dans l'intervalle de plusieurs jours, l'autre ne contenait plus de sécrétion. Même après le 16^e lavage, il ne sortait déjà plus de grumeaux contenant le champignon.

LICHTWITZ.

Communications rhinologiques, par R. KAYSER. (Deutsche med. Woch., n° 26, 1891.)

L'auteur rapporte quatre cas intéressants d'affections diverses qu'il a observés à la clinique du Dr Gottstein.

1^{er} cas. — *Tumeur de la grosseur d'une pomme de la cavité naso-pharyngienne (polype fibreux).* — La tumeur était implantée dans le méat moyen, du côté gauche, et fut extirpée avec l'anse galvanique introduite par le nez et glissée sur la tumeur à l'aide des doigts de la main gauche jusqu'à son pédicule. Pas d'hémorragie.

2^e cas. — *Une dent dans les fosses nasales.* — La jeune fille de 15 ans souffrait d'une blennorrhée nasale fétide de la narine gauche, qui cessa après l'extraction de fragments d'os nécrosé et d'une incisive. L'auteur suppose que la malade, étant petite, s'était introduit la dent comme corps étranger ou que la dent est peut-être entrée dans les fosses nasales par derrière pendant un effort de vomissement; il ne croit pas qu'elle ait poussé dans le nez.

3^e cas. — *Affaissement du dos du nez et atresie d'une narine après l'influenza.* — La petite malade a, pendant l'influenza, éliminé par le nez du pus et du tissu mortifié. Il s'en est suivi un affaissement du nez occasionné probablement par périchondrite, une élimination d'une partie de la cloison cartilagineuse. Pas de perforation de la cloison, mais atresie complète de l'orifice externe de la narine droite.

4^e cas. — *Voile du palais raccourci et division de la voûte palatine osseuse recouverte par la muqueuse.* — Il s'agit d'une

malformation congénitale. Un frère et une sœur de la malade sont atteints d'une division complète du palais. L. L.

Quelques cas d'hémangiome, par C. KRENN. (*Prager med. Woch.*, n° 1391, p. 135).

Mentionnons ici seulement un des cas rapportés par l'auteur. Il s'agit d'une tumeur caverneuse occupant presque tout le nez avec la cloison, à partir de l'extrémité antérieure de la charpente osseuse. L'enfant âgé de 21 mois fut traité à l'aide de fils imbibés de perchlorure de fer qu'on introduisait dans la tumeur dans tous les sens et des injections de cette substance. Ce n'est qu'après trois mois de traitement que toutes les parties nécrosées furent éliminées et qu'on put pratiquer l'autoplastie.

Le traitement fort long provoqua un phlegmon de la racine du nez. Néanmoins l'auteur approuve la méthode choisie parce qu'elle n'attaquait que la tumeur et laissait intacts quelques flots sains de la peau et de la muqueuse qui facilitaient l'autoplastie ultérieure.

LICHTWITZ.

Un cas d'anosmie après l'ablation des deux ovaires, par S. GOTTSCHALK. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, 1891.)

Il s'agit d'une femme âgée de 36 ans, à laquelle l'auteur a enlevé les deux ovaires à cause d'un myome intra-ligamenteux, qui avait provoqué des hémorragies incoercibles et des douleurs intenses.

À la suite de cette opération, il s'est établi chez la malade un état artificiel de ménopause : hémicranie, insomnie, douleurs musculaires indéterminées, congestions, etc. De plus la malade a perdu complètement l'odorat.

L'anosmie n'était occasionnée par aucune lésion nasale. L. L.

Nouveau ciseau et nouvelles cuillers tranchantes pour le nez; nouvelle pédale pour la purification de l'air, par le Dr M. BRESGEN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 16, avril 1891.)

Le nouveau ciseau est à double tranchant (en avant et en arrière), et sert à enlever les proéminences osseuses de la cloison; les saillies cartilagineuses sont détruites par l'auteur à l'aide de la galvanocaustique.

Les cuillers tranchantes, dont deux courbées à leur extrémité antérieure et une droite, sont employées par l'auteur quand il s'agit de dilater le méat moyen et l'orifice des sinus frontal et maxillaire.

La *pédale*, combinée avec l'insufflateur de Kabierski, modifiée par l'auteur, sert à insuffler des poudres dans le nez et la gorge. L'air passant à travers une petite boîte qui contient de l'ouate est purifié. D'après la pression qu'on exerce sur la pédale avec le pied, on arrive à insuffler plus ou moins de poudre avec plus ou moins de force.

LICHTWITZ.

Un nouveau miroir pour la cavité naso-pharyngienne et le larynx, par Th. HARKE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, 1891.)

Le nouveau miroir permet de faire varier à volonté au moment de l'examen l'angle qu'il forme avec le manche, ainsi que cela se fait pour le miroir de Michel; mais tandis que ce dernier est fixé au manche, le miroir de l'auteur peut être remplacé avec facilité. Pour cela on n'a qu'à exécuter avec les deux branches du manche le même mouvement qu'on imprime aux pinces hémostatiques de Péan. Ce démontage ne peut se produire involontairement.

Les miroirs de l'auteur sont faciles à nettoyer et prennent peu de place, puisque le même manche peut servir à une série de miroirs.

L. L.

Un miroir pour l'examen de la cavité naso-pharyngienne, par L. JANKAU. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, 27 août 1891.)

L'auteur propose d'examiner la cavité naso-pharyngienne à l'aide d'un miroir chauffé, qu'il introduit couvert d'un capuchon en caoutchouc à travers le nez. Une fois le miroir dans le pharynx nasal on pratique à l'aide d'un second miroir la rhinoscopie postérieure et l'on place le premier miroir sur le bourrelet antérieur de l'orifice de la trompe. En tirant sur un fil on lui enlève son capuchon en caoutchouc et on voit à l'aide du second miroir les parties du pharynx nasal qui se reflètent dans le premier, notamment le plancher nasal et l'orifice de la trompe qu'on ne distingue pas complètement avec la rhinoscopie postérieure simple.

L. L.

Saillie osseuse de la paroi postérieure du pharynx, par ZADECK. (*Soc. de méd. de Berlin*, 29 octobre 1890, et *Berlin. kl. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1890.)

La saillie dépendant de la quatrième et peut-être de la cinquième vertèbre masquait presque au toucher l'entrée de l'œsophage. Il existait en même temps une déformation gibbeuse. L'affection remontait à l'âge de 16 ans, et s'était installée avec

douleurs, gêne des mouvements du cou (les mouvements sont encore limités et on perçoit à ce niveau un craquement). A la suite de ces prodromes survint une paralysie unilatérale, affectant les caractères classiques de la paralysie médullaire de Brown-Séquard, qui s'amenda peu à peu.

Les troubles provoqués par la saillie antérieure de la paroi pharyngée sont minimes. Au début existait une dysphagie qui a disparu. Il existe de la pharyngite atrophique à la partie supérieure du pharynx.

Pendant la phonation, l'occlusion du pharynx est incomplète.

Zadeck attribue la lésion à la tuberculose ayant déterminé une ostéite hypertrophiante.

P. TISSIER.

Saillie osseuse sur la paroi pharyngée chez les enfants, par

HENOCH. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 46, 17 novembre 1890.)

Henoch a eu l'occasion d'observer plusieurs fois, chez de jeunes enfants, ne présentant d'ordinaire que peu ou pas de gêne de la déglutition, une saillie dure, arrondie, faisant corps avec l'axis et correspondant à la partie postérieure de la langue. Il se demande s'il ne faut pas voir là un trouble dans le processus d'ossification de l'axis, qui aurait dans sa partie antérieure deux points d'ossification : un pour le corps, un pour l'apophyse odontoïde.

P. TISSIER.

Cancer du pharynx. Pharyngotomie sous-hyôïdienne. Mort au

bout de 9 mois sans récurrence, par BENNO-LAQUER. (*Berl. kl. Woch.*, n° 43, 27 octobre 1890.)

Les cancers primitifs du pharynx sont rares. Winiwarter en note un cas sur 548 de cancers et V. Langenbeck un sur 230. Krönlein, par contre, en a réuni 28 cas primitifs ou non. La raison de cette rareté serait dans le peu d'importance et la rareté des traumatismes de cette région et dans l'uniformité de son revêtement épithélial. Orth n'a pu réunir que 18 cas de cancer primitif du pharynx.

On peut les diviser en cancers de la paroi latérale, rétro-laryngée et de la paroi postérieure.

Le cas particulier rapporté par Laquer est résumé dans le titre même de son travail.

P. TISSIER.

Emploi de la fuchsine dans les affections de la gorge, par

BOGROFF. (*Vratch.*, 18 avril 1891.)

Bogroff, dans un cas de pharyngite chronique entretenue par

une tuberculose pulmonaire et laryngée et ayant résisté à tous les traitements, obtint les meilleurs résultats de badigeonnages faits avec une solution d'acide borique à 2 0/0 saturée de fuchsine. La guérison fut complète. La fuchsine forme par-dessus l'épithélium un vernis imperméable et préserve la muqueuse de toute irritation. Bogroff pense que les propriétés antiseptiques des préparations d'aniline leur assurent un grand avenir en thérapeutique. Ce serait surtout dans la tuberculose laryngée que leur emploi pourrait offrir un avantage réel. La fuchsine en effet colore les tissus avec laquelle elle est mise en contact et permet de s'assurer que le traitement local a bien porté sur le point atteint.

A.-F. P.

Étiologie de l'angine folliculaire, par J. SENDTNER. (*Munch. med. Woch.*, n° 26, 30 juin 1891.)

L'auteur a examiné le pus dans 4 cas d'origine folliculaire et dans 1 cas d'origine phlegmoneuse. Les cultures faites avec ce pus sur la gélatine de bouillon ont permis de reconnaître dans chacun de ces cas la présence de streptocoques qui au point de vue bactériologique ne se laissaient pas différencier du streptocoque pyogène et du streptocoque érysipélateux. Ces cultures injectées sous la peau de souris se montraient pathogènes. On ne doit donc pas s'étonner, dit l'auteur, de voir parfois les angines folliculaires se terminer fatalement. Il est même étonnant que cette affection guérisse habituellement si vite et reste localisée. La présence du streptocoque dans l'angine expliquait aussi pourquoi on observe parfois de l'érysipèle à la suite de l'angine folliculaire.

L. L.

Un cas de corps étranger des voies aériennes, par H. NIEMEYER. (*Thérapeut. Monatsh.*, n° 4, 1891.)

Le corps étranger (une balle de fusil) siégeait dans la bronche droite.

L'auteur fit coucher le malade sur le ventre, la tête et la poitrine penchées sur le bord d'une chaise longue, de manière que la tête reposât par terre.

Dans cette position il fit fortement tousser le malade et aussitôt après le projectile tomba d'abord dans le larynx, provoqua un accès de suffocation et fut ensuite expulsé.

L. L.

Un cas de corps étranger des voies aériennes ayant séjourné

deux ans et demi, par ALPHONS SCHAEFER. (*Thérapeut. Monatshefte*, n° 2, 1891, p. 188.)

Il s'agit d'un morceau d'os de 1 cent. $1/2$ de long et 4 millim. d'épaisseur, que la malade, âgée de 62 ans, s'était introduit dans les voies aériennes, il y a plus de 2 ans $1/2$, en mangeant avec précipitation. Le corps étranger avait provoqué pendant ce temps une toux permanente, de la dyspnée et une expectoration muqueuse peu abondante. Après avoir expectoré spontanément le morceau d'os, tous ces symptômes disparurent complètement.

L. L.

Lésions bucco-pharyngées dans la leucémie, par A. HINTERBERGER. (*Deutsche Archiv. für klinische Medizin*, Band. 48, Hefte 3 et 4, s. 324, 1891.)

Il n'est pas rare d'observer dans la leucémie chronique des lésions que l'on a désignées sous le nom de stomatite ou angine leucémique : pharyngite lymphomateuse et gonflement des amygdales. Les follicules clos de la base de la langue sont assez fréquemment pris. Dans un cas de Mosler, il se produit même une stomatite grave.

Les gencives, surtout du côté gauche, côté où les adénopathies leucémiques étaient le plus développées, étaient gonflées, décollées, saignant facilement, les dents déchaussées, recouvertes d'un enduit noirâtre, le pharynx semé de nombreuses ulcérations, les amygdales tuméfiées, les follicules clos très volumineux. La salivation était très abondante. Tous les moyens locaux échouèrent, et Mosler n'obtint d'amélioration que par l'administration du fer et de la quinine. La pharyngite, due aux lymphomes, précède la stomatite qui est provoquée par les modifications chimiques de la sécrétion salivaire dans les cas de leucémie lymphatique.

Dans une observation de Recklinghausen, les follicules de la base de la langue tuméfiés étaient légèrement ulcérés et il existait au niveau de la corde vocale une ulcération plate avec bords rouges et tuméfiés. Kribben a vu les amygdales leucémiques s'ulcérer.

Dans les formes aiguës de leucémie, la stomatite est beaucoup plus fréquente, elle n'est pas seulement simple, mais encore elle peut se compliquer de processus gangreneux ou diphtéritiques (Ebstein, Hinterberger). Ce dernier auteur a rassemblé 9 cas dus à Friedreich, à M. Kelsch, à Kussner, à Ponfick, à M. Gaucher, à Wadham et à Westphal (9 fois sur 19 cas). Cette grande fré-

quence en fait non une complication, mais un symptôme, et un symptôme important, de la leucémie aiguë.

Elle peut survenir avant l'apparition des adénopathies leucémiques, de la tuméfaction, de la rate et du foie (Ponfick, Kelsch), c'est-à-dire avant les symptômes qui font penser à la leucémie et commandent l'examen du sang. A ce point de vue, elle a donné une certaine importance diagnostique.

C'est un symptôme initial, que sa résistance au traitement local, l'impossibilité où l'on est de lui attribuer une cause déterminée, élève au rang de signe révélateur.

Il est vrai que la stomatite non leucémique peut s'accompagner d'adénopathies, mais celles-ci sont territoriales. Lorsqu'il y a fièvre intense, infection générale avec splénomégalie, pétéchies, etc., le diagnostic pourra être plus délicat à faire.

Comme la stomatite est, avons-nous dit, beaucoup plus fréquente dans la leucémie aiguë, sa constatation devra faire réserver le pronostic, cette forme de leucémie tuant à bref délai.

La stomatite s'observerait surtout dans les formes mixtes (spléno-lymphatico-médullaire) de leucémie aiguë.

Ebstein, qui a le premier décrit la forme aiguë de la leucémie, avait déjà émis l'opinion qu'il s'agissait vraisemblablement d'un processus infectieux. Osterwald a signalé l'existence de coques dans le sang, la rate, les lymphomes, etc. De là à penser que les lésions de la bouche et du pharynx sont des portes d'entrée pour l'infection, il n'y avait qu'un pas. Les lésions de la bouche et du pharynx, aboutissant à l'ulcération, ne seraient pas dues à la destruction de lymphomes, mais à une action chimique; ainsi serait ouverte la porte à l'infection.

C'est ainsi que dans le cas de Ponfick les adénopathies apparurent seulement 12 jours après l'amygdalite leucémique et quelques jours après la gingivite leucémique. Dans le cas de M. Kelsch, c'est 13 jours après la constatation de la gingivite que les ganglions commencèrent à se tuméfier. PAUL TISSIER.

De l'application locale de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par A. Kuttner. (*Therapeut. Monatshefte*, n° 6, juin 1891.)

Dans les cas d'ulcérations syphilitiques de la bouche et du pharynx rebelles à tout traitement, l'auteur a employé avec succès l'acide chromique fondu sur une sonde.

Il touche l'ulcération à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle

soit cicatrisée. La guérison s'établit au bout de peu de temps (3 à 15 jours).

Kuttner n'ose dire si cette action de l'acide chromique est due à un pouvoir antisypilitique, car dans un cas de chancre induré l'emploi de l'acide chromique ne lui a pas donné de résultat.

L. L.

De l'emploi local de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques, par TH. HERYNG. (*Therapeut. Monath.*, août 1891, p. 429.)

L'auteur rappelle qu'il a déjà, en 1885 (*Berl. klin. Woch.*, n° 11), recommandé l'emploi de l'acide chromique dans les ulcérations syphilitiques chroniques. Kuttner (voir l'analyse ci-dessus) semble avoir ignoré ce travail de l'auteur puisqu'il croit être le premier à employer cette substance dans les ulcérations syphilitiques rebelles.

Heryng profite de cette réclamation de priorité pour faire ressortir la supériorité de l'acide chromique sur l'acide trichloracétique que de Stein et d'autres ont recommandé tout récemment.

Heryng attribue à l'acide chromique une action caustique plus puissante, et, d'après lui et Rethi, ce médicament ne produirait pas de douleurs analogues à celles que provoque l'emploi de l'acide trichloracétique chez certains malades.

Quant à la toxicité de l'acide chromique, on peut presque toujours l'éviter. Il ne faut cependant pas l'employer dans des tissus qui, comme l'amygdale, ont un pouvoir résorbant très prononcé, et quand on s'en sert pour des cautérisations nasales il est nécessaire de faire le lavage post-opératoire par l'autre narine, afin que le liquide qui tomberait dans la gorge ne contienne pas d'acide chromique.

LICHTWITZ.

De l'emploi local de l'acide chromique dans le traitement des affections syphilitiques de la cavité buccale, par E. FEIBES. (*Therapeut. Monatsh.*, n° 11, novembre 1891, p. 578.)

Tous les auteurs (Vidal, Heryng, Rethi, Butlin et Kuttner) qui se sont servi de l'acide chromique en solution plus ou moins concentrée, ou en substance dans les affections syphilitiques de la bouche, n'ont eu qu'à se louer de ce médicament, qui réussit là où les autres échouent.

L'auteur a employé également avec grand succès l'acide chromique en solution concentrée (1. 2.) dans les syphilides de la muqueuse buccale. Il rapporte quelques observations, entre

autres un cas de psoriasis lingual qu'il a traité, ainsi que 10 autres cas analogues, par l'acide chromique.

Il a obtenu aussi de très bons résultats dans la stomatite mercurielle par l'emploi d'une solution concentrée de ce médicament; il badigeonne la gencive à l'aide d'une sonde garnie d'ouate.

Pour enlever le surplus de l'acide chromique et pour détruire le mauvais goût, il laisse les malades se rincer la bouche avec de l'eau chloroformée acidulée. En usant de cette précaution dans les quelques centaines de cautérisations qu'il a pratiquées avec cette substance, il n'a jamais observé le moindre phénomène d'intoxication.

LICHTWITZ.

Herpès chronique récidivant de la cavité buccale, par TH.-S. FLATAU. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 22, 28 mai 1891.)

Il s'agit d'un homme âgé de 38 ans, qui depuis 16 ans voit apparaître sur la muqueuse des lèvres près de leur bord, dans le cul-de-sac des gencives, sur la muqueuse des joues au niveau des dents et moins souvent sur le tiers postérieur de la langue, des vésicules groupées en chapelet. Ces vésicules guérissent en l'espace de 8 jours à 1 mois, et parfois avant même que les anciennes aient disparu on en voit apparaître de nouvelles. Le malade souffre en même temps d'une obstruction nasale, et il est à remarquer que la formation des vésicules avait cessé pendant un an lorsque la respiration nasale s'était rétablie au dire du malade sous l'influence de bains de vapeur.

Le malade n'a eu ni la syphilis, ni la tuberculose, ni la malaria, et n'a pas eu de troubles gastriques, mais il s'adonne à la boisson et au tabac. De plus il existe un catarrhe congestif de la muqueuse nasale qui occasionne l'obstruction nasale.

L'auteur fait le diagnostic différentiel entre l'herpès et les aphtes et croit pouvoir admettre qu'il s'agit chez son malade d'un cas rare d'herpès chronique récidivant, et cela d'autant plus qu'à quatre reprises se sont montrées chez le malade des éruptions herpétiques sur le scrotum et sur le pénis. L'auteur fait encore valoir que l'affection était presque exclusivement limitée au territoire du trijumeau; une seule fois l'apparition des vésicules était accompagnée de salivation.

Le traitement consistait dans la prescription des collutoires alcalins.

L. L.

De l'affection gonorrhéique dans la bouche des nouveau-nés,

par ROSINSKI. (Société de médecine de Königsberg, séance du 2 février 1891, in *Deutsche med. Woch.*, n° 16, 16 avril 1891.)

On croyait jusqu'à présent que la contagion gonorrhéique ne pouvait pas avoir lieu dans la bouche, grâce à la qualité de l'épithélium de la muqueuse buccale. L'auteur a vu deux nouveaux dont les mères étaient atteintes de gonorrhée urétrale, et qui présentaient sur la muqueuse buccale un enduit particulier. L'examen microscopique de cet enduit démontrait la présence du gonocoque. L'affection guérit en 11 jours, sans laisser de cicatrices.

LICHTWITZ.

Lupus de la langue (maladies rares de la langue), par MICHELSON. (*Berliner klinische Woch.*, n° 48, p. 1112, 1^{er} décembre 1890.)

Leloir, au congrès de la tuberculose en 1888, présentait comme maladie excessivement rare et non encore observée un cas de lupus de la langue. Il faut en rapprocher un cas de Bender (1888), de Fairlie Clarke. Virchow et Rosalie Idelson, élève de Langhaus, ont depuis longtemps (1864-1865) établi anatomiquement l'existence du lupus de la langue. Idelson signale même la fréquence des ulcérations lupiques sur la base de la langue et sur l'épiglotte. Garri a récemment observé un cas de ce genre. Michelson apporte deux observations nouvelles. Il existait dans les deux cas une infiltration de la cavité buccale et pharyngée, avec ulcérations, fongosités, atrophies cicatricielles.

Les ulcérations avaient un développement lent, progressif surtout en surface; leurs bords n'étaient pas saillants et il n'existait à leur périphérie aucune réaction inflammatoire marquée.

Dans un cas on obtint une cicatrisation partielle, totale dans le second. L'épiglotte était infiltrée et profondément déformée. Les lésions avaient envahi la muqueuse laryngée, mais sans présenter là de tendances ulcéreuses. La réaction douleur était peu marquée. Dans un cas existaient des cicatrices de la face, faisant songer au processus lupique. Les poumons étaient indemnes de tuberculose. L'examen histologique ne montra pas de bacilles (on sait leur rareté dans le lupus), mais des cellules géantes typiques.

Une des malades fut soumise au traitement par la tuberculine de Koch, avec un résultat fâcheux. Extension de l'infiltration, agrandissement des ulcérations, apparition de nouveaux nodules.

P. TISSIER.

Glossite superficielle de Möller, par P. MICHELSON. (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 46, 17 novembre 1890, p. 1055.)

En 1851, Möller, de Königsberg, décrivit ainsi une affection particulière de la langue. Il se produit sur la langue des exco-riations sous forme de taches irrégulières à bords nets, de colo-ration rouge vif, légèrement saillants, au niveau desquels l'épi-thélium est tombé ou au moins très aminci. Elles ne sont jamais recouvertes de sécrétions pathologiques, ne se développent jamais en profondeur, ont même peu de tendance à s'étendre en surface, mais par contre sont le plus souvent très tenaces. Elles siègent le plus souvent sur les bords et vers la pointe de la langue; assez fréquemment il en existe des semblables à la partie inférieure de la langue et à la face interne des joues. Il n'en existe pas dans les parties postérieures de la bouche. Ces exco-riations déterminent une sensation de brûlure très pénible et une perte presque totale du goût. Les mouvements de la langue pendant la phonation sont quelquefois un peu douloureux.

Les six malades de Möller étaient des femmes.

L'affection décrite par Möller a été peu étudiée et peu d'auteurs actuels en parlent. Michelson en rapporte trois observations.

Le diagnostic est à faire avec la « langue géographique ». Dans cette maladie, il y a aussi rougeur superficielle en plaques de la langue, avec tuméfaction des papilles. Mais l'épithélium à la périphérie des plaques est épaissi, blanc ou légèrement jaunâtre, dessinant un contour irrégulier en spirale ou en cercle; dans la langue géographique, la configuration de la zone limite varie en peu de jours, dessinant une variété de formes qu'on a com-parées aux variations du kaléidoscope (*Caspary circulus ou annulus migram*, Barker, Butlin), tandis que les lésions de la glossite superficielle de Möller restent telles pendant des mois. En outre la langue géographique ne détermine aucune douleur et survient parfois chez les enfants.

Schwimmer a décrit comme stade initial de la leucoplasie buccale des taches hypéremiques, mais le psoriasis de la langue affecte presque exclusivement les hommes, la glossite superfi-cielle de Möller les femmes. En outre, à côté des plaques rouges on voit des plaques blanchâtres, la face inférieure de la langue est régulièrement indemne.

P. T.

Glossite papuleuse aiguë, par MICHELSON. (*Berliner. klin. Woch.*, n° 47, p. 1094, 1890.)

Chez un sujet sain, rare prodrome, survient avec un état

général fétide une éruption de saillies blanchâtres de la gencive d'une tête d'épingle, sur la surface congestionnée de la langue; éruption accompagnée de vives douleurs; les papules augmentèrent rapidement de volume et avaient doublé en 12 ou 24 heures. L'accroissement continua les jours suivants et s'arrêta lorsqu'il eut atteint environ la taille d'un gros pois, saillant au-dessus du niveau de la muqueuse. Le sommet des papules devint grisâtre et s'exulcéra. Les ulcérations après avoir suppuré guérirent rapidement.

L'évolution des différentes granulations ne fut pas synchrone. Il existait en même temps de la gingivite et de la fétidité de l'haleine.

La localisation exclusive à la langue de l'éruption la différencie des aphtes. En outre ceux-ci ne présentent pas l'évolution observée: formation d'une papule à accroissement rapide, entourée d'une auréole rouge congestive diffuse, et laissant après elle une cicatrice.

Les papules ressemblaient beaucoup à celles qu'on observe dans la variole.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un processus inflammatoire exsudatif siégeant dans le tissu propre de la muqueuse et dans le tissu sous-muqueux sous-jacent, et ayant amené la desquamation de l'épithélium, lésions différentes de celles de la variole. En outre l'absence d'autres signes de variole tranche la question.

Il s'est agi d'une maladie infectieuse (évolutions, symptômes généraux) non déterminée; l'examen bactériologique, ayant montré de nombreux microorganismes variés, analogues à ceux de la bouche normale, ne tranchera pas la question. P. TISSIER.

Quatre cas de paralysie diphtéritique du palais. Guérison par les injections de strychnine, par ROSENZWEIG. (*Thérapeut. Monatsh.*, n° 4, 1891, p. 234.)

La guérison est survenue rapidement au bout de trois à huit injections.

La dose de chaque injection était de 0,002 à 0,003 de strychnine.

LICHTWITZ.

Trois cas d'actinomycose chez l'homme, par C. KOCH. (*Munch. med. Woch.*, n° 12 et 13, 1891.)

C'est la troisième observation qui nous intéresse ici. Il s'agit d'un cas d'actinomycose du sinus maxillaire et surtout de la pa-

rotide gauche. L'affection semblait avoir pris son origine dans des racines cariées, et avait amené une suppuration au sinus maxillaire avec carie de ses parois et une suppuration de la parotide au-dessous de l'apophyse zygomatique gauche. Ce n'est que le lendemain de l'incision de la parotide qu'on découvrit les graines d'actinomyose dans la sécrétion de la plaie.

Quelques semaines après il survint de la céphalalgie, du vertige, un ptosis de la paupière droite et un œdème de l'arrière-gorge qui occasionna des troubles de la phonation et de la déglutition.

Ces complications firent penser que l'inflammation avait gagné la base du crâne ou qu'il s'était produit des métastases intracranienues.

La mort est survenue vers le septième mois de la maladie. L'autopsie n'a pu être faite.

Malgré certaines lacunes qui se trouvent dans l'observation, elle est intéressante à cause de la rareté de cette affection chez l'homme.

LICHTWITZ.

Pyorrhoea alveolaris, par le Dr GEIST. (*Deutsche Monatschr. f. Zahnheilk.*, IV, 1891, analysé in *Deutsche med. Zeit.*, n° 7, 1891.)

La maladie consiste dans la formation de tartre dentaire entre la dent et la gencive qui finit par déchausser la dent.

Les dents prennent un aspect vitreux, les molaires une couleur brune, et entre la dent et la gencive on voit se former du pus. On réussit facilement à l'aide d'un stylet mince à entrer dans l'alvéole.

Le traitement consiste à enlever le tartre et à polir les parties où il était implanté, pour éviter qu'il ne se forme de nouveau sur les parties rugueuses. Puis on entoure l'extracteur de nerf des dentistes avec de l'ouate, on l'imbibe d'une solution de chlorure de zinc de 15 à 20 0/0 et on remonte avec l'instrument ainsi armé au-dessous de la gencive détachée jusqu'à ce qu'on rencontre une résistance. On agit de même pour chaque dent et on renouvelle le procédé tous les deux jours. Au bout de peu de temps on voit les dents se fixer de plus en plus. L. L.

Le traitement chirurgical de la maladie de Basedow, par DRESSMANN. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 5, 1892.)

A propos de l'opinion émise par MÆBIUS, que l'altération des propriétés de la glande thyroïde soit la cause de la maladie de

Basedow, on a essayé souvent pendant ces dernières années de combattre cette maladie par la thyroïdectomie.

L'auteur cite un grand nombre de cas guéris de cette façon, et rapporte d'une manière plus précise deux guérisons qu'il a observées lui-même. Il recommande chaudement le traitement chirurgical de la maladie de Basedow; il laisse pendante la question de savoir laquelle des méthodes est la plus conforme au but, de la ligature des vaisseaux afférents ou de la thyroïdectomie, et recommande comme traitement consécutif le repos complet, le courant galvanique et l'arsenic. FELIX PELTESOHN.

Un cas de maladie de Basedow guérie par une opération nasale, par MUSEHOLD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 5, 1892.)

Aux cas remarquables de Hopmann, Hack, B. Fraenkel, Stoker et Semon, l'auteur ajoute un cas personnel de maladie de Basedow guérie par une opération nasale.

Une blanchisseuse, âgée de 45 ans, souffrit, au commencement de la ménopause, de maux de tête et de battements de cœur. Puis il se développa une tumeur de la glande thyroïde, elle souffrit de sueurs profuses et d'un épiphora et d'éblouissements de l'œil droit. Comme le mal de tête, d'après l'indication précise de la malade, débutait à la racine du nez, et qu'il existait dans la fosse nasale droite une hyperplasie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, cette dernière fut réduite par la galvano-caustique. En peu de jours les maux de tête, les troubles oculaires et les battements de cœur disparurent. Au bout de cinq séances de courant continu (t. 2, M. A.), la tumeur commença à diminuer. Le traitement a dû être interrompu par suite de cinq causes accidentelles. Toutefois la glande thyroïde diminua tellement que le tour de cou tomba de 40 centimètres à 36^{cm},5. L'état général est excellent et les divers symptômes ont complètement disparu.

FELIX PELTESOHN.

Anatomie pathologique de la maladie de Basedow, par E. MENDEL. (*Deuts. med. Woch.*, n° 5, 1892.)

Contrairement à la grande richesse clinique de la maladie de Basedow, l'anatomie pathologique de cette affection est restée très pauvre. L'auteur ajoute une contribution personnelle à celles qui résultent des recherches communes d'Eulenburg et de Guttman et neuf autres depuis.

Un professeur, âgé de 48 ans, présente les symptômes classiques de la maladie de Basedow; il se rétablit par une saison

aux eaux de Cudowa et par l'usage copieux du lait; finalement il est atteint d'une pleurésie et il meurt.

La moelle, l'écorce du cerveau, les ganglions du cerveau, le cervelet, le sympathique, le vague, paraissent absolument normaux. Par contre, on remarquait une inégalité des deux corps restiformes, qui s'étendait à toute la coupe de la moelle allongée. En le comparant avec celui de l'autre côté ou avec celui d'un cerveau normal, le corps restiforme gauche paraissait atrophié. L'examen microscopique ne révéla, outre le prolapsus des fibres, aucunes modifications essentielles. Les cordons grêles et cunéiformes n'étaient également pas modifiés. Du côté droit il existait de plus une atrophie réelle du faisceau solitaire. De même ici on pouvait reconnaître distinctement le prolapsus des fibres. On n'observait de modification ni du noyau du vague accessoire ni de celui du glosso-pharyngien. La glande thyroïde a des glandes vésiculaires normales.

A côté du fait intéressant que le sympathique, dans ce cas, était complètement intact, l'état du corps restiforme méritait une grande attention, parce que, il y a plusieurs années, FILEHNE, DERDUFE et BIENFAIT, en le sectionnant, avaient provoqué chez certains animaux les symptômes principaux de la maladie de Basedow. Tandis qu'il n'est pas très facile d'expliquer par le prolapsus la fonction du corps restiforme les symptômes de la maladie de Basedow, l'atrophie du *faisceau solitaire* paraît plus remarquable par son rapport connue avec le noyau du vague.

En tout cas, ces modifications positives du système nerveux central devraient ébranler les théories de la maladie de Basedow, sur une névrose du sympathique modifiant les fonctions de la glande thyroïde. Elles devraient aussi engager à modérer toute intervention chirurgicale sur la glande thyroïde et le nez dont l'absence fréquente de toute lésion montre qu'ils sont souvent étrangers à la maladie de Basedow. FELIX PELTESOHN.

Contribution à la physiologie du labyrinthe d'après des expériences sur les sourds-muets, par le Dr ALOYS KREIDL. (*Beiträge zur physiologie de Ohrlabyrinths auf Grund von versuchen en Faubstammen. Pfiuger's Archiv. 51. Bd. 1 et 2 Heft.*)

I. — Les expériences de Mach et Breuer firent adopter, pour les fonctions des canaux semi circulaires, la théorie suivante : Au début et au moment de l'arrêt d'un mouvement de rotation de la tête, il se produit un certain déplacement de l'endolymphe le

long des parois des canaux ; ce déplacement cause nécessairement une incurvation des filets nerveux fixés à la paroi de l'ampoule terminale ; les trois ampoules appartenant à des canaux situés dans trois plans de l'espace, enregistrent des impressions caractéristiques pour le sens de la rotation. Dans les mouvements ordinaires (courts et brusques) de la tête, le choc reçu par l'endolymphe est suivi aussitôt d'un choc en retour, qui redresse les filets nerveux incurvés ; quand ce choc en retour fait défaut, les filets reviennent à leur position normale plus lentement, en vertu de leur élasticité, et pendant la durée de ce mouvement nous avons la notion d'un déplacement extérieur.

Cette théorie séduisante est combattue par les auristes Lucae, Baginsky, Kiesselbach, par les physiologistes Steiner, Prajer et Schäfer. Les deux derniers attribuent aux ampoules la perception de la direction du son. James, en 1883 (*American Journal of Otology*) a cherché si l'altération si fréquente des canaux semi circulaires chez les sourds-muets influait sur leurs dispositions au vertige.

Sur 519 sourds-muets, 186 n'éprouvaient pas de vertige, tandis que sur 200 sujets normaux, un seul n'avait pas ce phénomène.

Kreidl reprit ces expériences passibles de certaines objections et les modifia en faisant le raisonnement suivant : Les mouvements rapides du corps autour de son axe longitudinal provoquent des secousses réflexes, brusques et rythmiques des globes oculaires ; il est facile de vérifier ce fait en appliquant les doigts contre les paupières ; les pigeons et les lapins agitent la tête tout entière lorsqu'on les tourne autour de l'axe vertical de leur corps. Si les canaux semi circulaires ne fonctionnent pas, les mouvements du bulbe oculaire doivent faire défaut pendant la rotation. Kreidl examina donc, au point de vue du réflexe oculaire, 109 sourds-muets en se plaçant, avec son sujet, sur un siège tournant ; le réflexe oculaire fut trouvé absent dans 50 0/0 des cas. Ce résultat concorde parfaitement avec les études anatomo-pathologiques de Mygind qui trouva chez 56 0/0 de sourds-muets des canaux semi circulaires altérés. Chez 50 personnes normales examinées de la même façon, le réflexe bulbaire ne manqua qu'une fois. Kreidl en conclut que :

1° Les mouvements de compensation des bulbes oculaires en rapport avec la rotation de la tête et du corps se trouvent sous la dépendance des canaux semi circulaires.

2° Les canaux semi-circulaires sont en effet les organes de perception des mouvements de rotation du corps et de la tête;

II. — Suivant Breuer, les otolithes serviraient à la notion de la direction de notre corps. Ainsi le corps étant vertical, son déplacement dans un plan horizontal mais par force centrifuge, se traduira par incurvation des fibrilles nerveuses et des otolithes, tout comme dans l'inclinaison de la tête; aussi les maisons et les tours nous paraissent-elles penchées lorsque nous allons sur une ligne courbe de chemin de fer. Il en est ainsi toutes les fois que nos otolithes sont soumis en dehors de la pesanteur à une force centrifuge; nous avons des sensations erronées quant à l'axe vertical de notre corps, comme par exemple dans un carrousel.

Les personnes dépourvues d'otolithes ne sont pas sujettes à cette erreur; en effet, chez 71 sujets normaux, l'illusion existait constamment; sur 62 sourds-muets, par contre, 13 gardèrent la notion de leur axe vertical; les mêmes sourds-muets ne présentaient pas de réflexe oculaire. Il faudrait consulter l'original pour les détails des ingénieuses expériences qui tendent à établir que l'appareil vestibulaire serait destiné à la perception des déplacements rectilignes.

III. — Tous ces faits conduisent à soupçonner chez les sourds-muets une certaine maladresse pour les mouvements du corps qui exigent beaucoup d'équilibre; en effet, les sourds-muets dépourvus de réflexe bulbaire ne savaient se tenir sur une jambe les yeux clos, ce qu'ils faisaient les yeux ouverts; il en était de même pour la marche qui devenait vacillante.

L'auteur adopte donc absolument les idées de Goltz, Mach et Breuer et accepte la dénomination de sens statique qu'ils ont donnée à ce groupe de perceptions.

D^r F. PELTESOHN.

(Traduction de M. N. W.)

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

FRANCE

Larynx et Trachée.

Un cas de mutisme hystérique, par E. Peyrissac. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Tumeurs condylomateuses du larynx (papillomes syphilitiques), par L. Lacoarret. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1891.)

Deux cas de polypes du larynx à répétition. Myxome fibro-sarcome, par R. Arnaud. (*Ann. de la Polyclinique de Bordeaux*, juillet 1890.)

Gomme du larynx déterminant l'asphyxie. Traitement par les injections sous-cutanées du peptonate de mercure. Guérison, par Polo. (*Gaz. méd. de Nantes*, 12 septembre 1890.)

Fracture du larynx, par U. Clarac. (*Gaz. des hôp.*, 25 septembre 1890.)
Croup et trachéotomie, par Wins. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 1^{er} octobre 1890.)

Abeès rétro-laryngé aigu à pneumocoques, compliqué de pneumonie, par Josserand. (*Province méd.*, 16 août 1890.)

L'épithélium de la trachée et des bronches chez un supplicié, par L. Baraban. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 septembre 1890.)

Quelques mots sur les recherches de Nicaise sur la physiologie de la trachée et des bronches, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, n° 3, 1890.)

Sur la question du nerf laryngé moyen, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1890.)

Syphilis des voies aériennes supérieures, par Schroetter. (*Mercure méd.*, 22 octobre 1890, et *Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1890.)

Contribution à la pathologie et au traitement de la laryngite hypertrophique chronique sous-glottique, par A. Sokolowski. (*Arch. de laryng. et rhinol.*, octobre 1890.)

Un cas de grippe laryngée, par Chobaut. (*Lyon méd.*, 26 octobre 1890.)

Contribution à l'étude du mutisme chez les aliénés, par Moret. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Phlegmon infectieux du larynx et du pharynx (abeès rétro-laryngé primitif), par P. Merklen. (*Bull. et Mém. de la Soc. de méd. des hôp. de Paris*, 13 novembre 1890.)

Corps étrangers des voies aériennes chez l'enfant, par L. d'Astros. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, novembre 1890.)

Statistique de la clinique du Dr C. Fauvel, par C. Fauvel et E. Saint-Hilaire. (*Journ. de méd. de Paris*, 16 novembre 1890.)

Contribution à l'étude des myxomes du larynx, par Thiébault. (*Thèse de Paris*, novembre 1890.)

Indications thérapeutiques et techniques du tubage du larynx, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 26 novembre 1890.)

Dysphagie tuberculeuse, palatine et laryngée guérie par des applications de menthol, par Rougier. (*Bull. med. du Dispensaire gén. de Lyon*, novembre 1890.)

Du mutisme et du bégaiement hystériques; leçon de Pitres recueillie par E. Bitot. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1890.)

Recherches expérimentales sur les paralysies du larynx, par Onodi. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1890.)

Quelques réflexions sur un cas de tumeur maligne du larynx, par Narlys. (*Gaz. méd. d'Orient, Constantinople*, p. 52; 1890.)

Lésions du larynx constatées à l'autopsie d'un individu ayant succombé à des brûlures du deuxième et du troisième degrés, huit heures après l'accident, par Damourrette. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 18; octobre-novembre 1890.)

Le remède de Koch dans la tuberculose laryngée, par J. Baratoux. (*Progrès méd.*, 13 décembre 1890.)

De l'intubation du larynx dans les sténoses syphilitiques aiguës et chroniques, pouvant remplacer la trachéotomie et la méthode de Schroetter, par G.-M. Lefferts. (*Arch. de laryngol., rhinol., etc.*, décembre 1890.)

Des formes larvées de la tuberculose laryngée, par A. Sokolowski. (*Arch. de laryng., rhinol., etc.*, décembre 1890.)

Du chloroforme dans la trachéotomie, par P. Geffrier. (*Rev. de chir.*, décembre 1890.)

Effets de la pression atmosphérique sur la trachée après la trachéotomie, par Giroud. (*Pratique méd.*, 23 décembre 1890.)

De la pachydermie du larynx et particulièrement du pli inter-aryténoïdien, par O. Chiari. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} janvier 1891.)

De la laryngectomie, par Mongour. (*Thèse de Bordeaux*, décembre 1890.)

Les corps étrangers du larynx et de la trachée chez l'enfant, par A.-F. Plicque. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891.)

Intubation du larynx dans le croup (statistique de 68 cas traités par cette méthode), par Jacques. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, janvier 1891.)

De quelques usages de l'antipyrine dans les affections du larynx, par G. Coupard et E. Saint-Hilaire. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 janvier 1891.)

La laryngotomie chez l'adulte, par Hélie. (*Thèse de Paris*, février 1891.)

Sur la pachydermie laryngée, par Brebion. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} février 1891.)

Deux cas d'adénopathie trachéo-bronchique avec hémoptysies foudroyantes, par A. Aldibert. (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, février 1891.)

Injections tracheales de sérum de chien, par E. Saint-Hilaire et G. Coupard. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biologie de Paris*, 13 février 1891.)

L'examen de la paroi postérieure du larynx, par G. Killian. (*Arch. de laryng., otol. et rhinol.*, février 1891.)

Dilatation forcée de la glotte dans le croup, par Renou. (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 2^e semestre; 1890.)

Aphonie nerveuse, datant de quatre semaines, guérie par la suggestion pendant le sommeil hypnotique, par E. Müller. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1^{er} février 1891.)

Suites éloignées du croup et de la trachéotomie, par A.-F. Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 19 février 1891.)

De l'emploi du remède de Koch dans la tuberculose, par B. Fraenkel. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} mars 1891.)

Deux cas de syphilis laryngée, par A. Gouguenheim. (*Gaz. des hôp.*, 5 mars 1891.)

Contribution à l'étude de l'aphasie motrice sous-corticale et de la localisation cérébrale des centres laryngés (muscles phonateurs), par J. Dejezine. (*Comptes rendus hebdomadaires de la Soc. de biol. de Paris*, 16 mars 1891.)

Les laryngites typhiques, par M. Peter. (*Union méd.*, 10 mars 1891.)

La lymphe de Koch dans le traitement de la tuberculose, par J. Charazac. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 mars 1891.)

Traitement d'un accès de laryngite striduleuse, par H. Gillet. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 18 mars 1891.)

De la conduite à tenir dans les cas de corps étrangers des voies aériennes, par E. Schwartz. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 25 mars 1891.)

Recherches sur le traitement des maladies du larynx par la cantharidate de potasse, par P. Heymann. (*Arch. de laryng., rhinol. et otol.*, n^o 2, 1891.)

De la thyrotomie dans le cancer du larynx, par E.-J. Moure. (*Congrès franc. de chir.*, séance du 1^{er} avril 1891; *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} novembre 1891.)

Corps étranger de la trachée chez un enfant d'un an; trachéotomie; difficulté d'enlèvement de la canule, par Constantin. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1^{er} février 1891.)

Abcès du médiastin consécutif à la trachéotomie, par Fromaget. (*Soc. d'anat. et physiol.*; *Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 février 1891.)

Sur le rôle du muscle thyro-aryténoïdien, par A. Hubert. (*Acad. des Sciences*, séance du 6 avril; Paris, 1891.)

Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et des fosses nasales, par Lennox-Browne; traduit et annoté par D. Aigre; préface de A. Gouguenheim. (Un vol. de 654 pages avec 2 planches en couleur et 242 figures intercalées dans le texte. J.-B. Baillière, éditeur; Paris, 1891.)

Dilatation anévrysmatique de la crosse aortique. Pas de souffle. Dyspnée continue, cornage. Accès de suffocation. Crises sudorales. Hémoptysie fractionnée de plusieurs jours de durée. Mort. Dilatation considérable de toute la partie initiale de l'aorte. Compression de la trachée. Altération du pneumo-gastrique gauche. Fistule aortico-trachéale, par J. Thiroloix. (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, fasc. 8; mars 1891.)

La forme et le calibre physiologiques de la trachée, par Lejars. (*Rev. de chir.*, 10 avril 1891.)

Contribution à l'étude du traitement de quelques affections du larynx, par Letanneur. (*Thèse de Paris*, mai 1891.)

De l'action de la glotte dans le chant, par T.-R. French. (*Rev. de laryng., otol. et rhin.*, 1^{er} et 15 mai 1891.)

A propos du centre cortical moteur laryngé de Garel, par L. Dor. (*Province méd.*, n° 12; 1891.)

Intubation du larynx chez les adultes, par F. Massei. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, juillet 1891.)

I. Nouvelle pince laryngienne antéro-postérieure. — II. De la pilocarpine dans un cas grave d'œdème de la glotte, par F. Suarez de Mendoza. (*Soc. franç. d'otol. et laryngol.*, mai 1891; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} et 15 août 1891.)

Disparition spontanée du papillome chez l'enfant, par J. Garel. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, session de mai 1891.)

Arthrites aiguës de l'articulation crico-aryténoidienne, par Lacoarret. (*Soc. franç. d'otol. et laryng.*, séance du 4 mai; in *Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} et 15 juin et 1^{er} juillet 1891.)

Symptomatologie d'un abcès de la paroi postérieure de la trachée. Trachéotomie Autopsie, par Jacobs. (*Paris méd.*, 16 mai 1891.)

Aphasie sensorielle consécutive à un enfoncement traumatique de la voûte crânienne. Trépanation. Guérison, par Rey et Chalançon. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} mai 1891.)

Traitement des kystes séreux de l'épiglotte, par V. Raulin. (*Comité de méd. des Bouches-du-Rhône*, mars 1891; in *Rev. gén. de clin. et therap.*, 20 mai 1891.)

Travaux récents sur l'iodisme. Accidents laryngés. Traitement de l'intoxication iodique, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 20 mai 1891.)

Contribution à l'étude des aphasies, par Bernheim. (*Rev. de méd.*, 10 mai 1891.)

Corps étranger de la trachée par Montaz. Rapport par Routier. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 20 mai 1891.)

Erysipèle blanc de la face chez un brightique mort par œdème de la glotte en vingt heures, par Vergely. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 34; 1891.)

Carcinome du larynx et paralysie de la corde vocale droite, par Lavrand. (*Soc. des Sciences méd. de Lille*, 24 avril 1891.)

Quelques considérations sur le mutisme hystérique, par Biolet. (*Thèse de Paris*, juin 1891.)

Un cas de parésie laryngienne consécutive à l'influenza, par M. Cazaux. (*Rev. gén. de clin. et therap.*, 10 juin 1891.)

Aphonies et enrouements, par P. Range. (Brochure de 105 pages; imprimerie savoisienne: Chambéry, 1891.)

Corps étranger fixé dans le larynx depuis un mois; extirpation par la laryngotomie; guérison, par Ch. Périer. (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 9 juin; in *Mercure méd.*, 17 juin 1891.)

Quelques considérations sur le cancer primitif du larynx, par Hennequin. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Corps étranger des voies aériennes, par J. de Castro-Lopo. (*Médecine moderne*, 9 juillet 1891.)

Bulletins et Mémoires de la Société de laryngologie, d'otologie et de rhinologie de Paris. (E. Lecrosnier et Babé, éditeurs; Paris, 1891.)

Paralysie double des crico-aryténoïdiens postérieurs dans un cas d'anévrysme de l'aorte, par A. Cartaz. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, juillet-août 1891.)

La tuberculine dans la tuberculose laryngée, par Moritz Schmidt. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, juillet-août 1891.)

Contribution à l'étude de la syphilis des poumons et du larynx, par Roubleff. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Contribution à l'étude des abcès retro-laryngés primitifs, par Mandset-tamm. (*Thèse de Paris*, juillet 1891.)

Physiologie de la voix. Dilatation de la trachée chez les chanteurs, par Nicaise. (*Soc. de chir. de Paris*, séance du 28 juillet; *Rev. de médecine*, 10 août 1891.)

Sur le rôle du muscle aryténoïdien dans la phonation, par Imbert. (*Gaz. heb. des Sciences méd. de Montpellier*, 13 juin 1891.)

Étude de la phonation par la chronophotographie, par Demy. (*Acad. des Sciences*, séance du 27 juillet; Paris, 1891.)

Deux observations de sangues implantées dans le larynx au-dessous des cordes vocales, par Martin. (*Arch. de méd. et pharmacol. milit.*, août 1891.)

Contribution à l'étude de la technique de la trachéotomie dans le croup, par Cornet. (*Thèse de Toulouse*, 1891.)

De la trachéotomie dans le croup; ses indications et ses accidents, par de Grailly. (*Thèse de Toulouse*, 1891.)

Un cas de mutisme hystérique, par D. Critzman. (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 5 septembre 1891.)

Démonstration des propriétés anesthésiques locales de l'antipyrine. De son emploi dans certaines affections de la gorge et du larynx, par E. Saint-Hilaire. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, septembre-octobre 1891.)

Cas d'aphonie hystérique, par Hicquet. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 septembre 1891.)

Traitement de la laryngite chronique, par Ragoneau. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 septembre 1891.)

Sténose de la trachée et du larynx par compression, par Schiffers. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} octobre 1891.)

Corps étranger de la trachée, par Serullaz. (*Lyon méd.*, 11 octobre 1891.)

De la toux nerveuse, par P. Raugé. (*Bull. méd.*, 13 et 16 septembre 1891.)

De la paralysie hystérique des dilatateurs de la glotte, par Dufour. (*Thèse de Montpellier*, 1891.)

Mon expérience sur l'intubation d'après O'Dwyer, par Moll. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 octobre 1891.)

Recherches expérimentales sur les fractures du cartilage cricoïde. Applications au mécanisme de la mort dans ces fractures et au traitement, par Zilgien. (*Gaz. heb. de méd. et chir.*, 17 octobre 1891.)

Observation de sangue dans la trachée, par C. Aubert. (*Bull. méd. de l'Algérie*, 1^{er} octobre 1891.)

Hystérie. Spasme laryngé avec asphyxie. Trachéotomie, par Muselier. (*Gaz. méd. de Paris*, 31 octobre 1891.)

Trois observations de laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par E. Schwartz. (*Arch. intern. de laryng., rhinol. et otol.*, novembre-décembre 1891.)

Mutisme hystérique avec agraphie, par R. Lépine. (*Rev. de méd.*, 10 octobre 1891.)

Un cas d'adénome du larynx, par E. Schmiegelow. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Laryngites catarrhales produites par l'usage de la bicyclette, du tricycle, etc., par Ragoneau. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 novembre 1891.)

Inhalations de menthol dans la trachéite, par Lubet-Barbon. (*Soc. laryng., otol. et rhinol. de Paris*, séance du 3 novembre 1891.)

Observation d'un cas de fractures des cartilages thyroïde, cricoïde et de la trachée. Mort, par Zielgien. (*Rev. méd. de l'Est*, 15 novembre 1891.)

I. Deux cas de corps étrangers de la gorge. — II. Quelques cas de tuberculose laryngée traitée par le cantharidate de potasse, par J. Charazac. (*Ann. de la Polyclinique de Toulouse*, novembre 1891.)

Laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par E. Nicaise. (*Rev. de chir.*, 10 novembre 1891.)

Observations démontrant l'influence de la menstruation sur les affections laryngées, par L. Bayer. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 1^{er} décembre 1891.)

Recherches sur l'inhibition de la sensibilité aux causes de douleur sous l'influence d'une irritation de la muqueuse laryngée par l'acide carbonique, par Brown-Séquard. (*Arch. de physiol.*, octobre 1891.)

Adénopathie trachéo-bronchique hérédo-syphilitique, par Artigalas. (*Languedoc méd.*, 6 novembre 1891.)

Sur une laryngite striduleuse guérie par la dilatation forcée du larynx, par C. Paul. (*Soc. de thérap.*, séance du 9 décembre 1891.)

Un cas de croup d'emblée. Conférence de J. Simon recueillie par A.-F. Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 15 décembre 1891.)

De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne, par Civel. (*Thèse de Paris*, décembre 1891.)

Cours cliniques de laryngologie et de rhinologie de l'hôpital Lariboisière. Technique laryngoscopique, par A. Gouguenheim. (*Ann. méd. scient. et prat.*, 6 janvier 1892.)

Accidents laryngés dus à l'expulsion de lombrics, par L. Divet. (*Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 9 janvier 1892.)

Observation pour servir à l'étude de la sténose laryngée névropathique, par A. Ruault. (*Arch. int. de laryng., rhinol. et otol.*, janvier-février 1892.)

Un cas de phonation intervertie, par Raulin. (*Marseille méd.*, 1^{er} janvier 1892.)

Traitement de la tuberculose du larynx, par A. Gouguenheim. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 10 février 1892.)

Dilatateur du larynx à branches s'écartant parallèlement, par C. Paul. (*Soc. de thérap. de Paris*, séance du 10 février 1892.)

Chorée du larynx, par Furundarena-Labat. (*Rev. de laryng., otol. et rhinol.*, 15 février 1892.)

Cancer du larynx, par Rougier. (*Comité méd. du Disp. gén. de Lyon*, séance du 3 décembre 1891; *Bull. méd. du Disp. de Lyon*, février 1892.)

Le traitement de la laryngite tuberculeuse en 1892, par F. Roux. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 février 1892.)

Le traitement de la phthisie laryngée dans les cliniques de Vienne, par E. Kraus. (*Rev. gén. de clin. et thérap.*, 17 février 1892.)

Du traitement de certaines formes de laryngite chronique (non tuberculeuse) par l'emploi local du naphthol camphré, associé ou non au gratage ou au curetage, par P. Tissier. (*Ann. de méd. scient. et prat.*, 17 février 1892.)

NOUVELLES

Le XI^e Congrès international de médecine se réunira à Rome au mois de septembre 1893, sous la présidence de M. le professeur G. Baccelli; secrétaire général, M. le professeur E. Maragliano, de Gênes; trésorier, M. le professeur Pagliani, directeur de la santé publique du royaume; administrateur : M. Ferrando, chef de division au Ministère de l'instruction publique.

On a procédé à l'élection des comités organisateurs des XIV sections suivantes : I. Anatomie. II. Physiologie. III. Médecine clinique. IV. Gynécologie. V. Pathologie générale et anatomie pathologique. VI. Pharmacologie. VII. Chirurgie et orthopédie. VIII. Psychiatrie et neuropathologie. IX. Ophtalmologie. X. Dermosyphilopathie. XI. Médecine légale. XII. Hygiène. XIII. Laryngologie et otologie. XIV. Médecine et chirurgie.

Le Comité central a également élu les comités étrangers.

Le *Bollettino delle malattie dell' orecchio, gola e naso* annonce que le V^e Congrès international d'otologie se tiendra à Florence huit jours avant l'ouverture du Congrès de Rome, c'est-à-dire en septembre 1893.

Les professeurs Bürkner (Gottingen), Kessel (Iéna), Kuhn (Strasbourg), Lucae (Berlin), Moos (Heidelberg), et Walb (Bonn) se sont réunis pour fonder une *Société d'otologie*; ils invitent les otologistes de l'Allemagne, de l'Autriche-Hongrie et de la Suisse allemande à vouloir bien se joindre à eux. La première réunion siégera à Francfort-sur-Mein du 16 au 18 avril prochain.

Nous lisons dans la *Wiener Klinische Wochenschrift* que le Dr W. Cash. Bull a été nommé professeur d'otologie au St-George's Hospital de Londres.

Parmi les communications annoncées pour le II^e Congrès international de dermatologie qui se réunira à Vienne au mois de septembre prochain, nous relevons les suivantes :

Pemphigus du larynx, par O. Chiari. Syphilis de la muqueuse nasale, par Sterk.

Le Comité constitué pour l'érection à Paris d'une statue à Théophraste Renaudot, fondateur du journalisme, des monts-de-piété, de la publicité commerciale, créateur des consultations charitables et de l'assistance publique à domicile, a décidé d'ouvrir une souscription et il a fait appel à tous les journaux et aux diverses institutions dues à l'initiative de Renaudot. L'exécution du monument a été confiée au sculpteur Alfred Boucher, médaille d'honneur du dernier Salon. Adresser les souscriptions à M. Delabre, 14, rue de Beaune.

Le Comité a choisi comme *secrétaire général* le Dr Gilles de la Tourette, 14, rue de Beaune; *secrétaire adjoint*, Dr M. Baudouin, 14, boulevard Saint-Germain.

VIN DE CHASSAING. — (Pepsine et diastase.) — Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Falières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée contient 20 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. — (Poudre de séné composée), une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant, excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

GRAINS DE CÉBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUSES THOMAS.

ERRATA

Dans le numéro de mars lire, page 225, ligne 5, au lieu de 5, 1.5 ligne 9, ostéite au lieu d'otite; ligne 24, au lieu de l'auteur, l'auteur de l'analyse; ligne 2 en partant du bas de la page, lire l'auteur de l'analyse au lieu de Lichtenberg; page 226, ligne 4, lire au lieu de l'auteur l'auteur de l'analyse.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Wesen und Werth der Liebreich'schen Serumtherapie (Nature et valeur du traitement de Liebreich par le sérum, par A. HENNIG. (Un volume de 96 pages, avec 9 gravures sur bois, 2 courbes de température et une courbe d'albumine. — Prix : 3 m. 60. A. Langkammer, éditeur. Leipzig, 1892.)

Apparecchio d'intubazione laringea per bambini ed adulti, modificato dal Dott. F. Egidi. Sessanta intubazioni della laringe per crup come contributo alla statistica, par F. EGIDI. (Extrait du *Boll. delle mal. dell' Orecchio, della gola e del naso*, n° 1, 1892.)

Observations démontrant l'influence de la menstruation sur les affections laryngiennes, par L. BAYER. (Extrait de la *Rev. de lar., otol. et rhin.*, n° 23, 1891.)

Ein Fall von Bewusstlosigkeit nach Körpererschütterung; Rückkehr des Bewusstseins nach Lufteintreibung ins Mittelohr (Un cas de perte de connaissance à la suite d'une chute; retour de la connaissance après une insufflation d'air dans l'oreille moyenne, par BAYER. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 24, 1891.)

Subglottic Neoplasms (Néoplasmes sous-glottiques, par J. WRIGHT. (Extrait du *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 26 septembre 1891.)

Nasal papillomata, par J. WRIGHT. (Extrait du *N. Y. med. Journ.* 26 décembre 1891.)

A case of primary lupus of the pharynx, par J. WRIGHT. (Extrait du *Medical News*, 9 janvier 1892.)

On the use of creosote in the treatment of pulmonary phthisis, par BEVERLEY ROBINSON. (Extrait du *N. Y. med. Record*, 27 février 1892.)

Società italiana di laringologia, di otologia e di rinologia. Statutoe regolamento. (Tipog. cooperativa, Florence 1891.)

Eine seltene Erkrankung des Labyrinthes wahrscheinlich durch die Scharlach affection des Kindes entstanden (Une affection labyrinthique rare provenant probablement de la scarlatine d'un enfant), par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part du *Zeits. f. Ohrenh.*, Band XXII.)

Seltenere Formen von Perichondritis des Kehlkopfes (Formes très rares de périchondrite du larynx), par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part de la *Wiener med. Wochens.*, n° 7, 1892.)

Seltenere Neurosen und Reflexneurosen des Ohres, der Nase und des Rachens (Névroses et névroses réflexes très rares de l'oreille, du nez et du pharynx), par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part du *Monatschrift f. Orenh.*, n° 9, 1891.)

Rachen und Kehlkopferkrankungen im zusammenhange mit Menstruationsanomalien (Affections du pharynx et du larynx en rapport avec des anomalies de la menstruation), par E. BAUMGARTEN. (Tirage à part de la *Deuts. med. Woch.*, n° 9, 1892.)

Le rôle du muscle thyro-aryténoïdien dans la phonation, déduit du mode de vibration des membranes, par A. IMBERT. (Extrait du *Nouveau Montpellier médical*, 1^{er} mars 1892.)

Fourteenth annual Report of the Presbyterian Eye, Ear and Throat Charity Hospital. (Guggenheimer, Weel and Co, éditeurs, Baltimore, 1892.)

Transactions of the American Otological Society (Comptes rendus de la Société d'otologie américaine, 24^e réunion annuelle, Arlington house, Washington 22 septembre 1891). (Imprimerie *Mercury Publishing Company*. New Bedford, 1892.)

Le Gérant: G. MASSON.

